PLAN D'ACTION RÉGIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DE L'ESTRIE

2004-2007

Cahier 1 — Périnatalité et petite enfance

Cahier 2 — 5 - 11 ans

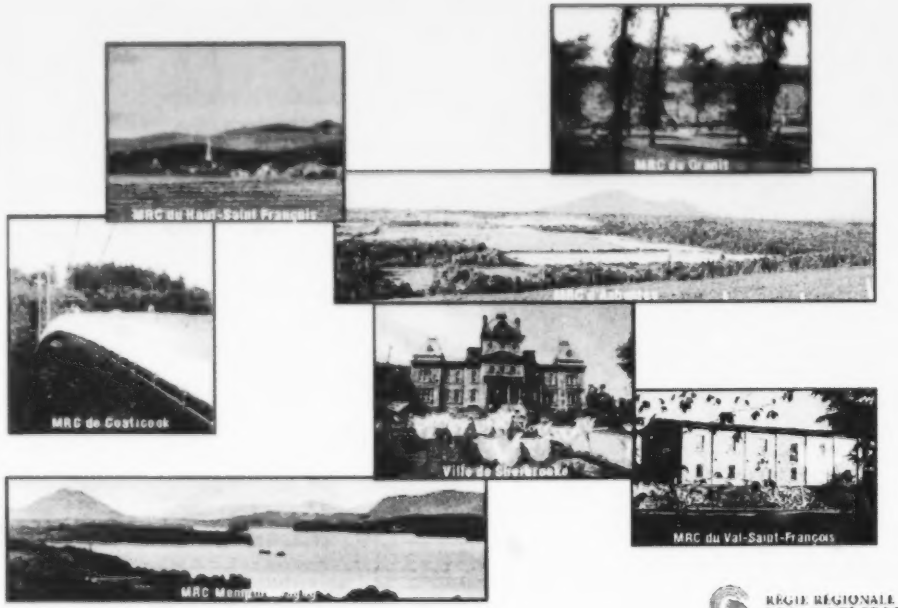
Cahier 3 — 12 - 17 ans

Cahier 5 — Personnes âgées

Cahier 6 — Toute la population

Cahier 4

Adultes



RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE L'ESTRIE

106-03302/

Le « Plan d'action régional de santé publique de l'Estrie 2004-2007 - Cahier 4 » a été élaboré sous la direction de :

Ginette Dorval, M.D., directrice, Direction de santé publique et de l'évaluation de l'Estrie
Francine Boulanger, chef de service, Service santé au travail
Aline Émond, chef de service, Service soutien méthodologique et évaluation
Lynda Périgny, chef de service, Service promotion/prévention de la santé
Reno Proulx, M.D., chef de service, Service protection de la santé publique

Coordination des travaux

Aline Émond, chef de service, Service soutien méthodologique et évaluation

Secrétariat

Mireille Ara, secrétaire, Service promotion/prévention de la santé
France Paquet, secrétaire, Service soutien méthodologique et évaluation

Conception graphique

Bernard Bilodeau, technicien en communication, Service des communications

De nombreuses personnes ont contribué à l'élaboration
du « Plan d'action régional de santé publique de l'Estrie 2004-2007 - Cahier 4 ».
La liste de ces personnes est présentée à la fin du document.

Dépôt légal : 4e trimestre

Bibliothèque nationale du Québec, 2003
Bibliothèque nationale du Canada, 2003

ISBN : 2-921776-25-1

Toute reproduction totale ou partielle de ce document est autorisée,
à condition que la source soit mentionnée.

Table des matières

Page

Introduction 1

Domaine 1 – Développement, adaptation et intégration sociale

Présentation 5
Fiche 4.1.1 Problèmes de drogues - prescription méthadone 7
Fiche 4.1.2 Problèmes d'alcool - consommation d'alcool 9

Domaine 2 - Habitudes de vie et maladies chroniques

Présentation 13
Fiche 4.2.1 Activité physique 15
Fiche 4.2.2 Lutte au tabagisme 19
Fiche 4.2.3 Dépistage du cancer du sein 23
Fiche 4.2.4 Programmation intégrée - Habitudes de vie et maladies chroniques 29

Domaine 4 - Maladies infectieuses

Présentation 39
Fiche 4.4.1 Hépatite B 41
Fiche 4.4.2 Infections invasives à pneumocoques 43
Fiche 4.4.3 VIH/sida et hépatite C 45
Fiche 4.4.4 Infections transmissibles sexuellement 49

Domaine 6 – Santé en milieu de travail

Présentation 59
Fiche 4.6.1 Lésions musculo-squelettiques 61
Fiche 4.6.2 Bérylliose - Silicose - Amiantose 65
Fiche 4.6.3 Asthme professionnel 73
Fiche 4.6.4 Intoxications professionnelles 77
Fiche 4.6.5 Maladies infectieuses - agents biologiques 81
Fiche 4.6.6 Cancers 85
Fiche 4.6.7 Surdité professionnelle 89
Fiche 4.6.8 Programme de maternité sans danger (PMSD) 93

Références 97

Annexes

Annexe A : Programme ALCOCHOIX 101
Annexe B : Éléments de programmation en activité physique 103
Annexe C : Programme de prévention des maladies chroniques 105
Annexe D : Programme *québécois* DE DÉPISTAGE DU CANCER DU SEIN 107
Annexe E : Programme d'immunisation du Québec 109
Annexe F : Programme « Les UDI ont la piqûre » 111
Annexe G : Groupes prioritaires des secteurs d'activités 1 à 3 – Santé au travail 113

Liste des collaborateurs et collaboratrices 115

Introduction

L'augmentation de la population adulte est l'une des mutations démographiques les plus importantes de notre époque.[1] En Estrie, les personnes de 20 à 64 ans représentent aujourd'hui 65 % de la population, alors qu'elles ne représentaient que 62 % il y a dix ans.

Au cours de leur vie active, les adultes produisent et distribuent la presque totalité des biens et services essentiels consommés. En travaillant, elles fournissent directement ou indirectement les ressources nécessaires pour répondre aux besoins des plus jeunes et des plus vieux. Plus la population adulte se porte bien et plus elle est capable de jouer ce rôle vital, mieux la société se porte.

Les adultes de 20 à 64 ans sont les principaux bénéficiaires des améliorations de l'espérance de vie survenues au cours de 50 dernières années.

Au Québec, il a eu 11 800 décès, en 1998, dans ce groupe d'âge, soit un taux de 257 par 100 000 personnes contre 14 000, en 1981, ce qui représente un taux de 352 par 100 000 personnes. Tous ces décès peuvent être considérés comme prématurés, car **la majorité d'entre eux sont évitables**. Pour assurer le bien-être de la société, il faut donner la priorité à la prévention.

La plupart de ces décès sont dus à des maladies de l'appareil circulatoire, des cancers, des maladies pulmonaires obstructives et au diabète, dont pour la majorité des cas, les facteurs de risques sont biens connus.

---

[1] La vie au 21e siècle – Une perspective pour tous, Rapport sur la santé dans le monde 1998, OMS Genève, 1998

Parmi les principaux facteurs de risque, le tabagisme, la sédentarité et une mauvaise alimentation sont communs à plusieurs problèmes. L'obésité devient l'une des principales causes de mauvaise santé. En outre, une consommation exagérée d'alcool est un facteur de risque pour certains cancers et troubles mentaux, pour les lésions traumatiques et pour la cirrhose du foie.

Parmi les maladies transmissibles, les infections aiguës des voies respiratoires inférieures induites par le virus de la grippe et le pneumocoque sont les plus meurtrières.

Toutes ces maladies, infectieuses ou non, sont aussi les principales causes de morbidité et d'incapacité. De plus, sur les 11 800 décès québécois en 1998, 2 116 décès sont dus à des causes extérieures comme les suicides ou les traumatismes non intentionnels.

Domaine 1
Développement, adaptation et intégration sociale

Présentation du domaine développement, adaptation et intégration sociale

Ce domaine regroupe un ensemble d'activités à mettre en œuvre afin de réduire ou d'éviter certains problèmes psychosociaux et de santé chez les adultes.

Cette section traite des mesures à mettre en place concernant les problèmes de consommation de drogues et d'alcool chez les adultes. Les activités identifiées visent davantage la réduction des méfaits et l'intervention précoce.

CLIENTÈLE : Adultes **4.1.1**

DOMAINE : Développement, adaptation et intégration sociale

OBJECTIF : D'ici 2012, réduire les problèmes liés à la consommation de drogues.

ÉTAT DE SITUATION :

La dépendance et l'abus aux opiacés sont des phénomènes complexes dans lesquels interagissent des facteurs biologiques, psychologiques et sociaux. De plus, cette pratique maintient les individus dans un mode de vie orienté vers l'acquisition de la substance (criminalité, marginalité) ce qui aggrave les conséquences personnelles et sociales liées à cette consommation pour la personne elle-même, mais aussi pour ses proches (par exemple, les enfants). Une approche pragmatique de la toxicomanie vise à réduire les conséquences négatives associées à l'usage de substances psychoactives en proposant aux usagers, une variété de moyens en fonction de leurs besoins et objectifs personnels, c'est l'approche de réduction des méfaits. L'intervention ne vise plus systématiquement l'abstinence. Cette approche est intégrée aux pratiques en toxicomanie depuis plusieurs années et elle est inscrite dans les orientations ministérielles en toxicomanie depuis 2000. Cependant, mal connue des intervenants non spécialisés en toxicomanie, elle est régulièrement sujet à controverses et interprétations erronées.

Dès sa première année de fonctionnement, le programme de prescription de méthadone du Centre Jean-Patrice-Chiasson a vu l'ouverture de 98 dossiers clients. Il permet de rejoindre plus tôt les héroïnomanes de la région, incluant ceux en milieu carcéral. Selon les données 2002-2003, 37 % des clients ont entre 18-24 ans. De ces clients, 30 % sont des femmes et 60 % d'entre elles ont entre 18 et 24 ans. Deux médecins travaillent dans ce programme au Centre Jean-Patrice-Chiasson et desservent ainsi un nombre de clients sur méthadone qui semble stabilisé à ± 80 personnes. Ce volume de clientèle leur a permis de développer une expertise spécifique dans le contact avec la clientèle héroïnomane ainsi qu'à l'étape de dosage (difficile à déterminer et très variable d'un individu à l'autre). D'autres médecins prescrivent de la méthadone en Estrie (ils seraient environ 8 selon les données de la Régie d'assurance maladie du Québec). Cinq d'entre eux collaborent occasionnellement avec les médecins du Centre Jean-Patrice-Chiasson.

Dans une perspective de réduction des méfaits et pour faciliter la désintoxication ou l'abandon de la consommation d'héroïne, il existe une substance de substitution : la méthadone. Le bilan des programmes de substitution démontre une amélioration notable de l'état de santé des personnes, ce qui favorise leur stabilisation sociale et leur insertion professionnelle. La prescription de méthadone s'inscrit dans l'approche dite de réduction des méfaits. Chez les héroïnomanes, l'apparition de symptômes de sevrage est un des facteurs qui entretiennent la consommation. Or, la méthadone empêche l'apparition de ces symptômes de sevrage.

Par ailleurs, l'utilisation de drogues injectables est actuellement le principal vecteur de transmission du VIH, des hépatites et du sida. Ce phénomène touche toutes les régions du Québec. C'est pourquoi le MSSS a vu à la mise en place de centres d'accès aux seringues et de centres de dépistage anonyme du sida. Ces instances sont des partenaires importants pour la référence à un programme de méthadone, même s'ils semblent rejoindre (surtout les centres d'accès aux seringues) plus de consommateurs de cocaïne que d'héroïne. En Estrie, 10 103 seringues ont été distribuées en 2000-2001 par les centres d'accès aux seringues mis en place dans le cadre de la prévention du VIH auprès des utilisateurs de drogues injectables.

ACTIVITÉS	INDICATEURS DE RÉSULTATS	2004-2005	2005-2006	2006-2007	NIVEAU DE RESPONSABILITÉ	FINANCEMENT
Promotion et augmentation de l'accessibilité aux traitements de substitution (ex. : la méthadone) à l'intention des usagers de substances psychotropes						
• Consolidation du programme d'accessibilité à la méthadone au Centre Jean-Patrice-Chiasson.	Clinique en place, nombre de clients rejoints par année.	→	→	→	**Régional** (Centre Jean-Patrice-Chiasson)	130 000 $ (budget déjà alloué)
• Organisation de la formation aux intervenants non spécialisés en toxicomanie (médecins, personnel infirmier, intervenants psychosociaux) à l'approche de la réduction des méfaits.	Nombre d'intervenants (CLSC – autres partenaires) ayant suivi une formation sur la réduction des méfaits.	X	→		**Régional**	1 000 $
• Augmentation des références des CLSC et autres partenaires vers le Centre Jean-Patrice-Chiasson pour la prescription de méthadone.	Nombre de références au programme méthadone.	→	→	→	**Régional/local**	
• Information aux médecins de CLSC et cabinets privés sur le programme méthadone du Centre Chiasson et sur les besoins de collaboration pour la prise en charge des clients stabilisés (mécanismes de support).	Nombre de contacts avec les médecins de cabinets privés. Nombre de médecins collaborateurs au Centre Jean-Patrice-Chiasson.	X	→		**Régional** (en collaboration avec le Centre Jean-Patrice-Chiasson et DRMG)	

DÉVELOPPEMENT ET MAINTIEN DES COMPÉTENCES :

- Session d'information sur le programme de méthadone du Centre Jean-Patrice-Chiasson auprès des CLSC et des médecins.
- Formation de médecins de famille (CLSC et cabinets privés) sur le suivi des patients héroïnomanes stabilisés et sur l'approche de la réduction des méfaits.

CLIENTÈLE : Adultes **4.1.2**

DOMAINE : Développement, adaptation et intégration sociale

OBJECTIF : D'ici 2012, réduire les problèmes liés à la consommation d'alcool.

ÉTAT DE SITUATION :

Les problèmes sociaux et de santé associés à la consommation d'alcool sont bien connus. Ils sont différents selon les façons de boire (intoxication vs consommation abusive régulière) et selon une vulnérabilité biologique ou psychologique propre à chaque individu.

Les principaux problèmes de santé et psychosociaux sont les cancers (bouche, pharynx, larynx, œsophage, foie), les cardiomyopathies, les problèmes coronariens, la cirrhose du foie, les traumatismes (accidents, suicides), la violence (notamment familiale) et la négligence à l'égard des enfants, les problèmes psychologiques, professionnels et familiaux, etc.

Les recherches des 20 dernières années ont documenté certains effets protecteurs d'une consommation modérée pour réduire les risques de maladies coronariennes chez les hommes de 35 ans et plus et les femmes ménopausées. Ces connaissances ont nécessité l'établissement de normes afin de définir la notion de « consommation modérée ». Actuellement, en Amérique du Nord, les experts s'entendent pour un maximum de 14 verres par semaine pour les hommes et de 9 verres par semaine pour les femmes, en n'excédant pas 2 verres par jour.

Au-delà de ce seuil considéré « sécuritaire », la littérature s'entend sur une augmentation des risques de divers ordres (sociaux, de santé et de sécurité) pour les niveaux de consommation d'alcool entre 14 et 35 verres par semaine.

À partir des données d'enquête de 2001[1], nous savons que chez les 15 ans et plus, de l'Estrie comme du Québec, environ 10 % des hommes et 2 % des femmes prennent 14 consommations ou plus d'alcool par semaine.

La problématique de la dépendance (psychologique et physique) à l'alcool se développe de façon insidieuse, sur un continuum, à moyen et à long terme. Les recherches des 20 dernières années ont démontré que plus on intervient tôt, plus le pronostic de succès est élevé car la personne peut modifier plus facilement ses habitudes de consommation. Nous savons aussi que le délai entre le moment où une personne entrevoit des problèmes liés à sa consommation et celui où elle va demander de l'aide peut s'étaler sur des mois, voire des années. La recherche de cas de consommation problématique et le counselling ou le suivi d'un programme d'intervention précoce de type ALCOCHOIX (Annexe A) constituent donc des offres de service pertinentes pour les buveurs et les buveuses dont le niveau de consommation s'annonce problématique.

ACTIVITÉS	INDICATEURS DE RÉSULTATS	2004-2005	2005-2006	2006-2007	NIVEAU DE RESPONSABILITÉ	FINANCEMENT
Intervention visant la consommation modérée chez les buveurs : implantation du programme ALCOCHOIX						
• Information aux gestionnaires de CLSC sur ALCOCHOIX.	Nombre de rencontres ou d'activités d'information.		X →		**Régional**	12 000 $
• Organisation de la formation requise et la promotion du service.	Nombre d'intervenants formés.		X →			
• Implantation d'ALCOCHOIX dans tous les territoires de CLSC.	100 % des CLSC auront implanté le programme. Nombre de clients rejoints annuellement.		X →		**Local**	148 500 $ 2,2 ETC (inf.)

DÉVELOPPEMENT ET MAINTIEN DES COMPÉTENCES :

- L'implantation du programme nécessite la formation d'infirmières sur le programme, mais aussi la mise en place d'un réseau d'échange et de soutien de ces infirmières.
- Une évaluation de l'implantation d'ALCOCHOIX par les CLSC de Québec a démontré la nécessité de soutenir le programme par des activités régulières de publicité et promotion pour en assurer la visibilité. À ce titre, un partenariat étroit avec les services de police de la région 05 serait à envisager.

Domaine 2
Habitudes de vie et maladies chroniques

Présentation du domaine des habitudes de vie et maladies chroniques

Ce domaine regroupe un ensemble d'activités à mettre en œuvre afin de réduire ou d'éviter certains problèmes psychosociaux et de santé chez les adultes.

Pour les adultes, cette section identifie des activités de prévention à déployer au niveau de la lutte à la sédentarité et au tabagisme ainsi que la consolidation du Programme de dépistage du cancer du sein chez les femmes de 50 à 69 ans. Le counselling clinique sur les habitudes de vie auprès d'une clientèle à haut risque de maladies chroniques fait aussi partie des interventions à consolider.

CLIENTÈLE : Adultes **4.2.1**

DOMAINE : Habitudes de vie et maladies chroniques

OBJECTIF : D'ici 2012, augmenter de 5 % la proportion des personnes de 15 ans ou plus qui atteignent le niveau recommandé d'activité physique.

ÉTAT DE SITUATION :

Parmi les habitudes de vie communes aux principales maladies chroniques, la sédentarité, avec le tabagisme et les mauvaises habitudes alimentaires, sont considérés comme les principaux déterminants des premières causes directes de mortalité. En Estrie, en 1998[2], environ 48 % des personnes de 15 ans ou plus peuvent être qualifiées de peu actives ou sédentaires. Ces données se comparent avec celles du Québec. Entre 1993 et 1998, on notait une légère tendance à la baisse de la proportion des personnes physiquement actives. Selon une enquête de 2001[1], 64 % des Estriens de 12 ans ou plus sont inactifs pour environ 59 % des Québécois. Cette mesure n'est cependant pas directement comparable à celles de 1993 et de 1998.

L'organisation mondiale de la santé et le *Surgeon general* des États-Unis reconnaissent que l'activité physique constitue un déterminant important pour la santé d'une population. Un mode de vie sédentaire s'accompagne d'un risque accru d'être atteint de maladies chroniques telles que les maladies cardiovasculaires, le diabète non insulino-dépendant, l'ostéoporose et le cancer du côlon. De plus, la personne sédentaire a des probabilités plus grandes de mourir de façon prématurée. À l'opposé, un mode de vie physiquement actif est associé à de nombreux effets bénéfiques.

Les interventions qui ont montré une efficacité en milieu scolaire ou en milieu de travail ont recours à des stratégies multiples (approches éco-environnementales et sociales), ainsi qu'à des canaux de distribution multiples. Il faut modifier favorablement l'environnement social des individus. À noter que ce sont ces stratégies qui ont permis les gains observés au niveau de la réduction du tabagisme.

En Estrie, quelques initiatives ont fait l'objet d'expérimentation. Dans le cadre de la campagne *Plaisir sur glace* (Annexe B), les municipalités ont organisé plus d'une soixantaine d'activités qui ont rejoint près de 10 000 personnes à l'hiver 2003. Des outils ont été expérimentés auprès des cliniques médicales pour favoriser un counselling bref auprès d'une clientèle inactive. Une campagne annuelle en faveur de la marche est prévue au plan national d'activités de Kino-Québec à compter de 2003. Le soutien à des clubs de santé, clubs de marche ou clubs de plein air est susceptible de rejoindre une clientèle adulte et de fidéliser leur pratique en créant un contexte plus favorable à leur pratique. De nombreuses démarches sont nécessaires pour sensibiliser les élus municipaux à l'importance des aménagements sains et sécuritaires favorisant la marche et la bicyclette et d'autres activités de plein air. Cette vision de développement doit être présente dans la révision des schémas d'aménagement de la MRC.

ACTIVITÉS	INDICATEURS DE RÉSULTATS	2004-2005	2005-2006	2006-2007	NIVEAU DE RESPONSABILITÉ	FINANCEMENT
Organisation de campagnes de communication axées sur l'acquisition de saines habitudes de vie						
• Réalisation d'activités régionales de la campagne nationale.	Nombre d'activités réalisées.	X			**Régional**	
• Réalisation d'activités locales de la campagne nationale.	Nombre d'activités réalisées.		X		**Local**	
• Réalisation d'activités promotionnelles (ex. : *Plaisir sur glace,* Campagne de promotion de la marche).	Nombre d'activités réalisées.		X	→	**Local**	
Promotion de la création d'environnements favorisant la pratique d'activités physiques dans les milieux de vie						
• Réalisation de l'inventaire des ressources en activité physique de la MRC et distribution d'un outil promotionnel.	Nombre de répertoires produits. Nombre de répertoires distribués.	X	→	→	**Local**	Ressources déjà incluses dans le volet Activité physique, habitudes de vie et maladies chroniques, 5-11 ans et 12-17 ans (fiches 2.2.2 et 3.2.2.)
• Actions d'influence auprès du milieu municipal dans l'identification d'infrastructures favorisant la pratique d'activités physiques durant les quatre saisons.	Nombre de projets identifiés réalisés.			X	**Local**	
• Soutien aux groupes communautaires ou groupes de citoyens désireux de s'engager dans des programmes d'initiation à l'activité physique de façon autonome (exercices en groupe, en gymnase, à la piscine, à vélo, clubs de marche, etc.).	Nombre de groupes engagés dans les programmes. Nombre de personnes formées. Nombre de personnes participantes.		X	→	**Local**	
Promotion et soutien des pratiques cliniques préventives						
• Formation des professionnels de la santé sur l'intervention minimale ou brève en activité physique (ex. : counselling).	Nombre de professionnels formés.	X	→	→	**Régional**	
• Réalisation du counselling complet et intensif en activité physique auprès de la clientèle présentant au moins trois facteurs de risques de maladies chroniques dans le cadre du Programme de prévention des maladies chroniques.	Nombre de clients suivis dans le Programme de prévention des maladies chroniques.	X	→	→	**Local**	

DÉVELOPPEMENT ET MAINTIEN DES COMPÉTENCES :

- Formation sur les stratégies efficaces et prometteuses pour promouvoir la pratique régulière d'activités physiques chez les adultes.
- Formation et information sur certains éléments de programmation, notamment, Plaisir sur glace, Campagne de promotion de la marche, etc.
- Formation sur le volet activité physique des pratiques cliniques préventives.

CLIENTÈLE : Adultes **4.2.2**

DOMAINE : Habitudes de vie et maladies chroniques

OBJECTIF :

D'ici 2012 :

- **Réduire la proportion des personnes de 15 ans ou plus qui font usage du tabac de 24 % à 18 %.**
- **Réduire l'exposition à la fumée de tabac dans l'environnement.**

ÉTAT DE SITUATION :

Le tabagisme est une des trois principales causes directes de la mortalité au Québec. Il est aussi la cause évitable de mortalité précoce la plus importante. On peut estimer qu'environ un quart de décès sont attribuables au tabac. Donc, tous les ans, près de 530 Estriens et Estriennes meurent de l'usage du tabac. En 2000-2001, environ le tiers des Québécois et des Estriens âgés de 15 ans ou plus sont des fumeurs réguliers ou occasionnels, soit 30 %; une proportion en baisse toutefois depuis 1987 alors qu'elle était près de 40 %[1].

Au niveau des actions en regard du soutien à l'abandon tabagique, les deux plans Tabac Estrie sans fumée 1996-1999 et 2000-2003 avaient ciblés les clientèles des femmes enceintes et les femmes de faible revenu. Dans la foulée du Plan québécois d'abandon du tabagisme, les actions pour soutenir l'abandon tabagique en Estrie s'inscriront dorénavant dans une stratégie globale destinée à tous les adultes. Il s'agit, en résumé, de la mise en place de centres d'abandon du tabagisme dans chaque CLSC de la région, à l'intérieur du Programme de prévention des maladies chroniques (Annexe C), ainsi que d'une stratégie de formation des professionnels de la santé à l'Intervention minimale ou brève en cessation tabagique, de même que d'une sensibilisation des adultes fumeurs à l'ensemble des moyens pour cesser de fumer et protéger leur entourage de la fumée de tabac.

ACTIVITÉS	INDICATEURS DE RÉSULTATS	2004-2005	2005-2006	2006-2007	NIVEAU DE RESPONSABILITÉ	FINANCEMENT
Organisation de campagnes de communication axées sur l'acquisition de saines habitudes de vie						
• En collaboration avec les chapitres régionaux des Fondations des maladies du cœur et de la Société du cancer, faire connaître le concours *J'arrête j'y gagne* et cibler particulièrement les milieux de travail : santé et services sociaux et éducation.	Nombre d'inscriptions estriennes au concours *J'arrête, j'y gagne*.	X	→	→	**Régional**	80 000 $ pour les services d'abandon tabagique (déjà alloués pour 2003-2004)
• Campagne régionale sur les méthodes et services d'abandon du tabac.	Nombre d'activités médiatiques régionales.	X	→	→	**Régional**	
Promotion et prévention en ce qui concerne de saines habitudes dans les milieux de vie						
• Information et sensibilisation des milieux de travail concernant les méthodes et services d'abandon du tabac disponibles en Estrie destinés aux adultes. Une attention particulière sera portée au milieu de la santé et des services sociaux et au milieu de l'éducation.	Nombre d'inscriptions dans les services de cessation individuel ou de groupe dans ce public cible.	X	→	→	**Local**	
	Nombre d'outils de promotion distribués dans les milieux ciblés.	X	→	→		
Promotion et soutien des pratiques cliniques préventives						
• Services de soutien à l'abandon tabagique dans chaque CLSC (intervention intensive).	Présence d'au moins une infirmière ou un infirmier formé par CLSC pour l'intervention intensive.	X	→	→	**Local**	
	Nombre de clients suivis par les services intensifs du centre d'abandon tabagique.		→	→		
• Formation à l'intervention minimale ou brève de soutien à l'abandon tabagique par les autres professionnels du CLSC et de la MRC (médecins, pharmaciens, dentistes, etc.)	Nombre de professionnels formés en intervention minimale ou brève.	X	→	→	**Local**	

DÉVELOPPEMENT ET MAINTIEN DES COMPÉTENCES :

Déjà dans les activités.

CLIENTÈLE : Adultes **4.2.3**

DOMAINE : Habitudes de vie et maladies chroniques

OBJECTIF : D'ici 2012, réduire la mortalité par cancer du sein de 25 % chez les femmes de 50 à 69 ans.

ÉTAT DE SITUATION :

Le cancer du sein

Chaque semaine, il y a plus de 3 nouveaux cas et près d'un décès du cancer du sein en Estrie. Alors que 102 femmes obtenaient un diagnostic de cancer du sein en 1986, 188 étaient nouvellement diagnostiquées en 1998 (moyenne annuelle de 156 nouveaux cas de 1996 à 1998). Compte tenu du vieillissement de la population, cette hausse se poursuivra au cours des prochaines années. Par ailleurs, le nombre de décès est relativement constant depuis 1986. Il se chiffrait à une moyenne annuelle de 44 en 1998 et 1999. En fait, le *taux* de décès va en décroissant passant de 31,7 décès par 100 000 Estriennes en 1986-1988 à 23,4 en 1998-1999. Notons que les taux de nouveaux cas et de décès présentent une tendance à être inférieurs à ceux obtenus pour l'ensemble du Québec.

Le *Programme québécois* DE DÉPISTAGE DU CANCER DU SEIN

En Estrie, le *Programme québécois* DE DÉPISTAGE DU CANCER DU SEIN (PQDCS) (Annexe D) a démarré en mai 1998. Le dépistage du cancer du sein constitue actuellement l'unique programme de dépistage systématique en matière de cancer et même de maladies chroniques. Toutes les Estriennes de 50 à 69 ans sont invitées à passer une mammographie de dépistage aux 2 ans. Il connaît un bon succès avec la participation de près de 60 % des femmes de 50 à 69 ans. De janvier 2000 à décembre 2001, 18 115 Estriennes ont passé une mammographie permettant le dépistage de 85 cas de cancer. Comparativement au Québec, le taux de participation au dépistage est plus élevé autant pour l'ensemble de la région que pour chacune des MRC. La mammographie demeure, jusqu'à ce jour, un examen radiologique essentiel dans la lutte contre le cancer du sein. En se basant sur les données de la Régie d'assurance maladie du Québec, pour la période de 24 mois 1999-2000, 71,2 % des Estriennes de 50 à 69 ans ont passé une mammographie diagnostique ou de dépistage comparativement à 63,2 % des Québécoises. L'analyse des divers indicateurs du Programme québécois de dépistage du cancer du sein place l'Estrie comme une des régions les plus performantes de la province.

Afin d'optimiser la lutte au cancer à l'intérieur du *Programme québécois* DE DÉPISTAGE DU CANCER DU SEIN en Estrie, certains objectifs demeurent essentiels :

- Sensibiliser les femmes à l'importance du cancer du sein et à son dépistage ;
- Amener 70 % des femmes de 50 à 69 ans à passer une mammographie de dépistage ;
- Fidéliser la clientèle à passer une mammographie aux 2 ans ;
- Assurer des services régionaux de dépistage et d'investigation de haute qualité, en continuité, en complémentarité et dans les meilleurs délais ;
- Offrir le soutien psychologique aux femmes à l'intérieur du programme tout particulièrement auprès de celles en attente d'examens d'investigation et d'un diagnostic.

ACTIVITÉS	INDICATEURS DE RÉSULTATS	2004-2005	2005-2006	2006-2007	NIVEAU DE RESPONSABILITÉ	FINANCEMENT
Mise en place du *Programme québécois* DE DÉPISTAGE DU CANCER DU SEIN dans toutes les régions et consolidation du volet portant sur l'assurance qualité au niveau régional						
• Interventions de communication diversifiées et novatrices pour : ➢ Sensibilisation des femmes à la problématique du cancer du sein et à son dépistage ; ➢ Fidélisation de la clientèle de 50 à 69 ans à passer une mammographie de dépistage aux 2 ans ; ➢ Promotion efficace du programme et de ses services auprès des femmes mais également auprès des médecins.	Taux de participation au dépistage ; Taux d'adhésion au programme ; Taux de médecins et intervenants informés du PQDCS ; Nombre d'activités de communication.	X	→	→	**Régional**	Budget déjà alloué au CHUS pour la coordination régionale 10 000 $ (communi-cation)
• Tenue de rencontres interactives avec les médecins traitants, diffusion d'informations par des approches et outils diversifiés sur les lignes directrices, les directives du programme, les résultats obtenus régionalement, etc.	Nombre de rencontres tenues ; Nombre de médecins rejoints ; Outils diffusés (ex : fiches sur les lignes directrices « reminder »).	X	→	→	**Régional**	3 000 $ (matériel)
• Promotion individuelle du dépistage du cancer du sein et du PQDCS par les professionnels de CLSC impliqués dans le *Programme régional intégré de services préventifs pour les habitudes de vie et les maladies chroniques*.	Nombre d'intervenants rejoints et formés ; Nombre d'outils utilisés.	X			**Local**	

ACTIVITÉS	INDICATEURS DE RÉSULTATS	2004-2005	2005-2006	2006-2007	NIVEAU DE RESPONSABILITÉ	FINANCEMENT
• Interventions d'assurance de la qualité au niveau du programme, des services et des pratiques professionnelles en Estrie.	Taux de participation au dépistage ; Taux de référence ; Taux de détection des nouveaux cas de cancer ; Taux de cancer post-mammographie avec résultat normal ; Délais pour obtenir une mammographie de dépistage ; Délais pour obtenir l'investigation.	X	→	→	**Régional**	
	Nombre de rencontres du Comité régional d'assurance de la qualité du PQDCS ; Nombre d'activités spécifiques telle la révision des cas de biopsie et des cas de cancer découvert, etc.	X	→	→	**Régional**	
	Étude de la satisfaction de la clientèle ; Étude de la satisfaction des médecins.		X		**Régional**	5 000 $ NR
• Interventions visant le soutien psychosocial aux femmes à l'intérieur du PQDCS : ➢ Information et soutien, par des interventions brèves ou plus complètes selon le cas, aux femmes qui ont un résultat anormal de mammographie et qui sont en attente d'investigation et d'un diagnostic ; ➢ Orientation vers les services adéquats, s'il y a lieu (dans les cas des troubles d'anxiété et de stress plus sévères, de dépression, etc.).	Pourcentage des femmes avec un résultat de mammographie anormal rejointes, informées et avec une intervention psychologique brève. (objectif : 100 %, plus de 600 femmes par année) ; Pourcentage des femmes ayant bénéficiées d'une intervention complète ou intensive (objectif : 5 % de la clientèle rejointe soit environ 1 cas par semaine).		X	→	**Régional**	33 750 $ 0,5 ETC (inf.)

DÉVELOPPEMENT ET MAINTIEN DES COMPÉTENCES :

Des activités de formation et d'assurance de la qualité sont tenues annuellement : la formation des technologues, des activités de rétroaction auprès des centres et des radiologistes à l'aide des indicateurs du PQDCS, etc.

CLIENTÈLE : Adultes **4.2.4**

DOMAINE : Habitudes de vie et des maladies chroniques

OBJECTIFS :

D'ici 2012 :

- **Diminuer de 3 % par an les taux de mortalité et de morbidité liés aux maladies cardiovasculaires (incluant les maladies cardiaques ischémiques et les accidents vasculaires cérébraux).**
- **Réduire de 30 % les taux de mortalité et de morbidité liés à la maladie pulmonaire obstructive chronique.**
- **Réduire de 40 % les taux de mortalité et de morbidité liés à l'asthme.**
- **Réduire de 30 % l'incidence du diabète.**
- **Réduire la prévalence de l'excès de poids de 28 % à 22 % et celle de l'obésité de 13 % à 10 % chez les adultes en plus de réduire la prévalence de l'ostéoporose chez les personnes de 65 ans ou plus.**
- **Augmenter à 80 % la proportion des personnes qui consomment au moins cinq portions de fruits et de légumes par jour.**

ÉTAT DE SITUATION :

Par maladies chroniques, nous entendons des maladies caractérisées par une étiologie incertaine, des facteurs de risque multiples, une durée prolongée, une origine non contagieuse qui donnent des dérangements fonctionnels ou des incapacités[3]. Les maladies chroniques considérées à l'intérieur du plan d'action régional sont les maladies cardiovasculaires, le cancer, le diabète, les maladies pulmonaires obstructives chroniques, l'asthme, l'ostéoporose et l'obésité. Ces maladies sont en partie évitables par des activités axées principalement sur des déterminants communs, en particulier trois habitudes de vie, soit le tabagisme, une alimentation déséquilibrée et la sédentarité.

À l'instar du Québec, les quatre principales causes de mortalité et d'hospitalisation en Estrie sont les maladies de l'appareil circulatoire, de l'appareil digestif et de l'appareil respiratoire, ainsi que les tumeurs[4,5].

	Mortalité		**Hospitalisation**	
Les maladies de l'appareil circulatoire	1	(36,4 %)	1	(21,5 %)
Les tumeurs	2	(28,1 %)	3	(8,9 %)
Les maladies de l'appareil respiratoire	3	(9,0 %)	2	(11,5 %)
Les maladies de l'appareil digestif	4	(3,8 %)	2	(11,5 %)

En regard des comportements liés à la santé, en Estrie tout comme au Québec, près d'une personne sur deux pratique des activités physiques de loisir moins d'une fois par semaine et près d'une personne sur trois fume.

Spécifions que la proportion des Estriens de 20 à 64 ans qui présentent un excès de poids a augmenté de près de 59 % entre 1987 et 2001 passant de 18,2 % à 29,0 %[2].

Les maladies cardiovasculaires

En Estrie, tout comme au Québec[4,5], le taux ajusté de mortalité par maladies cardiovasculaires a diminué considérablement de 1986-1988 à 1998-1999. L'infarctus du myocarde compte pour 29 % des décès. Chez les hommes, environ 20 % de ces décès surviennent avant 65 ans. Cette proportion s'établit à quelque 8 % chez les femmes. Parmi l'ensemble des grandes causes de décès, les maladies de l'appareil circulatoire se classent au 2^{e} rang des années potentielles de vie perdues. En 1999, 394 (80 de moins de 65 ans) Estriens et 379 (33 de moins de 65 ans) Estriennes sont décédées d'une maladie de l'appareil circulatoire.

Après avoir connu une hausse jusqu'en 1995-1997, la morbidité hospitalière due aux maladies de l'appareil circulatoire a légèrement diminué, puis s'est stabilisée, autant pour les hommes que pour les femmes. Entre 25 et 64 ans, on compte deux hospitalisations masculines pour une hospitalisation féminine.

En plus du tabagisme et de la sédentarité, on reconnaît l'hypercholestérolémie, l'hypertension artérielle, le diabète et l'obésité comme des facteurs de risque très importants et modifiables de ces maladies.

Le cancer

En Estrie tout comme au Québec[4], les cancers de la prostate, du sein chez la femme, du poumon ainsi que du côlon-rectum sont les plus fréquemment diagnostiqués et constituent les principales causes de décès par tumeurs. Le cancer du poumon demeure dominant, constituant 14 % des nouveaux cas de cancer mais 28 % des décès, soit 195 décès en Estrie à lui seul. Le nombre de cancers augmente avec le vieillissement de la population, par contre, pour la plupart des cancers importants, le taux de mortalité est stable ou en diminution. Parmi les cancers fréquents, seul le taux de mortalité du cancer du poumon augmente chez les femmes.

Le diabète

En Estrie[5], la prévalence du diabète diagnostiqué est de 4 % chez les 20 ans et plus contre 4,9 % au Québec. Toutes les MRC de l'Estrie affiche une prévalence ajustée inférieure à celle du Québec sauf la MRC de Coaticook qui présente un taux comparable à celui de la province.

Le diabète de type 2, celui qui touche surtout les adultes âgés de plus de 45 ans, représente 90 % de tous les cas diagnostiqués de diabète. Cette maladie peut conduire à de nombreuses complications, dont les risques de cardiopathies, de néphropathies et d'accidents cérébraux. Or, on estime qu'environ le tiers des personnes atteintes de diabète ignorent qu'elles le sont.

L'obésité

Par obésité[5,6], un excès de masse adipeuse entraînant des inconvénients et problèmes pour la santé. L'obésité est un problème chronique en forte croissance ; elle est qualifiée d'épidémique au Canada et ailleurs dans le monde, tant chez les enfants que chez les adultes[7]. En Estrie, en 2000-2001, chez les 20-64 ans, 33 % des hommes et 24 % des femmes avaient un excès de poids comparativement à 32 % et 25 % respectivement au Québec. La proportion d'individus obèses augmente avec l'âge et il semble que les hommes peuvent présenter un risque plus grand que les femmes de développer une pathologie liée à l'obésité.

Ce problème, en plus de constituer un facteur de risque du diabète de type 2 et des maladies cardiovasculaires, est associée à l'hypertension. Plusieurs études ont établi une relation positive entre l'excès de poids et l'incidence de divers types de cancer, en particulier ceux d'origine hormonale et gastro-intestinale, mentionnons : le cancer de l'endomètre, des ovaires, du sein, du col de l'utérus, de la prostate et du côlon. En fait, l'excès de poids contribuerait à 51 % des cas de diabète de type 2, à 27 % des cas de cancer de l'endomètre et à 18 % des maladies coronariennes au Canada. On estime qu'une réduction de 10 % de la masse corporelle donnerait lieu à une diminution significative du risque de développer une maladie coronarienne.

L'adoption d'habitudes de vie nocives dont une diminution de la pratique d'activité physique, de mauvaises habitudes alimentaires et la surconsommation d'alcool, est liée à l'augmentation de l'obésité dans notre population. La venue de la restauration rapide (fast food) et le manque d'aire de récréation et de loisir sont des éléments environnementaux qui ont participé à la progression de cette problématique. L'âge, le sexe (le fait d'être un homme), la parité, des facteurs hormonaux, certaines prédispositions génétiques et familiales (obésité chez les parents) et la présence d'obésité lors de l'enfance constituent des facteurs de risque. Un faible statut socio-économique est également relié à l'obésité : le fait de disposer de faibles ressources alimentaires, éducatives et de loisirs peuvent expliquer partiellement le lien entre l'obésité et la pauvreté.

L'asthme et la maladie pulmonaire obstructive chronique

L'asthme et la maladie pulmonaire obstructive chronique atteignent un nombre croissant de personnes et entraînent une diminution considérable de la qualité de vie. En 2000-2001[1], la prévalence de l'asthme chez les 12 ans et plus était au Québec d'environ 9 %, alors que celle de la maladie pulmonaire obstructive chronique se situait autour de 1 % chez les 30 ans et plus du Québec.

Le taux ajusté de mortalité par maladie pulmonaire obstructive chronique a presque doublé entre 1977 et 1998. Il a fortement augmenté jusqu'au milieu des années 1980, essentiellement avec la progression constante de la mortalité par cette maladie chez les femmes, l'usage du tabac étant la principale cause sous-jacente. Le taux de mortalité par maladie pulmonaire obstructive chronique s'est stabilisé autour de 37 par 100 000 personnes depuis 10 ans.

L'ostéoporose

L'ostéoporose est l'une des principales maladies musculo-squelettiques. Cette maladie atteint au Canada 30 % des femmes et 10 % des hommes après 65 ans, et 50 % des femmes et 25 % des hommes après 75 ans. L'ostéoporose constitue un facteur de risque très important pour ce qui est des fractures chez les personnes âgées.

Les interventions réalisées à ce jour :

En Estrie, les activités proposées depuis un certain nombre d'années relativement aux habitudes de vie et aux maladies chroniques comprennent :

- les actions entreprises pour lutter contre le tabagisme et contre le cancer du sein (deux thèmes qui faisaient partie des *Priorités nationales de santé publique*) ;
- les actions en santé cardiovasculaire sur un ensemble de facteurs de risque (ex. : promotion de la trousse *Cœur en santé* auprès des médecins, promotion de l'activité physique via le programme Kino-Québec).

L'absence d'une programmation visant la clientèle adulte et axée sur une approche intégrée des habitudes de vie et des maladies chroniques est déplorée par de multiples intervenants. À cette fin, en octobre 2002, le conseil d'administration de la Régie régionale de l'Estrie adoptait le Programme de prévention des maladies chroniques (Annexe C). La venue de ce nouveau programme vise, tout particulièrement, l'intervention clinique préventive individuelle auprès de la clientèle des services de santé courants en CLSC au niveau des habitudes de vie (tabagisme, alimentation, activités physiques).

À ce nouveau programme en implantation, nous proposons d'ajouter des actions éducatives, des actions environnementales dans différents milieux de vie (communauté, milieu de travail et milieu scolaire) et d'élargir l'offre de services cliniques préventifs individuels via les groupes de médecine de famille et cabinets privés de médecins.

ACTIVITÉS	INDICATEURS DE RÉSULTATS	2004-2005	2005-2006	2006-2007	NIVEAU DE RESPONSABILITÉ	FINANCEMENT
Organisation de campagnes de communication axées sur l'acquisition de saines habitudes de vie						
• Avec les messages et outils développés par la campagne nationale, pénétration régionale et locale des activités auprès de la population régionale et ce, par : - Relation de presse. - Relation publique. - Campagne publicitaire.	Présence plan de communication. Nombre et type d'activités. Nombre de médias rejoints.		X	→	**National/Régional**	10 000 $
Promotion et application de politiques, de lois et de règlements favorisant l'adoption de saines habitudes de vie						
• Mise en œuvre de la Politique québécoise révisée en matière de nutrition et des Orientations en matière d'alimentation.	À préciser par le MSSS.				**Régional/1ocal**	
Promotion et prévention en ce qui concerne de saines habitudes dans les milieux de vie						
Intervention en milieu de travail • Soutien des CLSC dans la mise en place d'activités éducatives et environnementales en milieu de travail concernant la saine alimentation, la promotion de l'activité physique et la prévention du tabagisme.	Nombre de rencontres avec les CLSC. Nombre d'intervenants de CLSC formés. Nombre de milieux de travail rejoints.		X	→	**Régional**	183 075 $/an déjà alloués 80 000 $ (alloués par le MSSS annuellement pour la cessation tabagique) 67 500 $ 1 ETC (agent de planification et de programmation sociosanitaire)

ACTIVITÉS	INDICATEURS DE RÉSULTATS	2004-2005	2005-2006	2006-2007	NIVEAU DE RESPONSABILITÉ	FINANCEMENT
• Déploiement d'activités éducatives et environnementales sur les saines habitudes de vie auprès des travailleurs des CLSC et des milieux scolaires.	Proportion des milieux de la santé (CLSC) et de l'éducation rejoints. Proportion des milieux de la santé (CLSC) et de l'éducation participants.			X	**Local**	
Promotion et soutien des pratiques cliniques préventives						
• **Au sein des services de santé courants des CLSC, poursuivre le déploiement du Programme de prévention des maladies chroniques :** ➢ Formation de l'ensemble des intervenants à réaliser des interventions minimales et brèves sur les habitudes de vie.	Nombre d'intervenants formés sur les habitudes de vie.	→	→	→	**Régional**	337 500 $ 5 ETC (inf.) 337 500 $ 5 ETC (nutritionniste)[2]
➢ Formation et maintien des compétences des intervenants offrant un suivi intensif et complet des clientèles à risque.	Nombre et type d'activités de formation. Nombre d'intervenants rejoints.	→	→	→	**Régional**	
➢ Mise en place des services cliniques préventifs en offrant un counselling complet et intensif auprès des personnes présentant trois facteurs de risque de maladies chroniques.	Nombre de clients suivis. Nombre d'interventions. Type d'interventions.	→	→	→	**Local**	20 000 $ (formation, matériel, outils)
• **Auprès des médecins, des GMF, des CLSC et des cabinets privés :** ➢ Promotion de l'inclusion du counselling minimal concernant le tabagisme, la saine alimentation et l'activité physique ainsi que la détection précoce de certaines maladies chroniques ciblées ; ➢ Tenue d'ateliers d'éducation médicale continue.	Plan annuel de formation élaboré. Nombre de médecins rejoints annuellement par la formation.	X	→	→	**Régional**	80 000 $ (fonctionnement local)

[2] Ce type de professionnel participe aussi aux activités prévues dans « École en santé », volet Habitudes de vie, en plus de participer au Programme de prévention des maladies chroniques pour la clientèle adulte.

DÉVELOPPEMENT ET MAINTIEN DES COMPÉTENCES :

Plusieurs formations ainsi que le maintien des compétences sont prévus à l'intérieur du déploiement des activités.

Les thèmes de formation sont :

- La cessation tabagique (counselling) ;
- Le counselling sur l'activité physique ;
- Le counselling sur l'alimentation ;
- L'approche de modification de comportement individuel ;
- Le marketing social.

Les besoins de formation feront l'objet d'une planification annuelle avec les responsables de ces dossiers dans les CLSC.

Domaine 4

Maladies infectieuses

Présentation du domaine des maladies infectieuses

L'objectif global, pour la clientèle adulte, est de prévenir la transmission de maladies infectieuses liées à une vie sexuelle active et à certaines pratiques à risque, tel l'usage de drogues injectables. Ainsi, la plupart des fiches traitent du contrôle des infections transmissibles sexuellement, des hépatites virales et du VIH (virus d'immunodéficience humaine). Par ailleurs, une attention particulière est accordée aux adultes présentant des conditions médicales les rendant vulnérables aux infections invasives à pneumocoque, car un vaccin efficace peut leur être offert.

CLIENTÈLE : Adultes

4.4.1

DOMAINE : Maladies infectieuses

OBJECTIF : D'ici 2007, réduire de 50 % (à 1/100 000 personnes) l'incidence annuelle des cas d'hépatite B aiguë.

ÉTAT DE SITUATION :

L'hépatite B est une infection virale du foie évitable par l'immunisation, qui se transmet lors de relations sexuelles non protégées, avec une personne infectée, par le sang ou le matériel d'injection contaminés et lors de l'accouchement. Au moment de l'acquisition du virus, la personne peut développer une hépatite aiguë, mais souvent l'infection passera inaperçue. Près de 10 % des adultes, mais jusqu'à 90 % des nouveau-nés infectés resteront porteurs chroniques du virus et seront à risque de développer éventuellement une maladie hépatique chronique, comme la cirrhose ou un cancer du foie. Le Canada ainsi que la plupart des pays industrialisés sont considérés comme des pays de faible endémicité pour l'hépatite B avec environ une personne sur 200 (0,5 %) qui est porteuse chronique du virus, alors que dans les pays de haute endémicité, comme le sont la plupart des pays en voie de développement, la prévalence du portage chronique peut atteindre une personne sur dix.

En Estrie[8] après avoir atteint un pic d'incidence en 1993 à 10,4 par 100 000 personnes, l'hépatite B aiguë est à son plus bas niveau des 10 dernières années avec 0,7 cas par 100 000 en 2001. Cependant, l'incidence de porteurs chroniques d'hépatite B, détectés en Estrie[8] en 2001, continue d'augmenter et atteint 10,3 par 100 000, soit 30 personnes. Ici, il s'agit des *nouveaux* cas de porteurs du virus diagnostiqués au cours de l'année. Cette définition suppose soit la persistance du virus plus de 6 mois après l'infection aiguë ou encore, la détection sérologique du virus suite à un dépistage, en l'absence de symptômes ou de facteurs de risque récents. Cette dernière éventualité est la plus fréquente.

On se rappellera que la vaccination universelle contre l'hépatite B est recommandée au Québec et qu'elle est réalisée auprès des enfants de la 4e année du primaire depuis l'automne 1994. Alors que le taux de succès de ce programme se situait à 79 % la première année, ce taux a rapidement grimpé aux environs des 90 % les années subséquentes et il se maintient à 91 % en Estrie[9], pour l'année scolaire 2000-2001

Parallèlement à la vaccination en milieu scolaire, l'accès à la vaccination gratuite depuis 1994, pour les personnes de tout âge appartenant à des groupes à risque élevé, a été élargi de façon appréciable; cette vaccination pouvant être combinée avec le vaccin contre l'hépatite A, selon la nature des facteurs de risque présentés. Ci-joint, l'estimation du nombre de doses (exprimées en millilitres) des différents vaccins contre l'hépatite B, distribués dans les 27 sites de vaccination en Estrie[9] qui participent au programme de vaccination gratuite, visant les groupes à risque.

	1999-2000	2000-2001	2001-2002
Vaccins contre l'hépatite B	5 902	3 475	3 857
Vaccins contre l'hépatite A et B	537	355	382

ACTIVITÉS	INDICATEURS DE RÉSULTATS	2004-2005	2005-2006	2006-2007	NIVEAU DE RESPONSABILITÉ	FINANCEMENT
Vaccination						
• Vaccination contre l'hépatite B des groupes vulnérables reconnus dans le *Programme d'immunisation du Québec* (Annexe E).	Nombre de doses de vaccins contre l'hépatite B, distribuées en dehors du programme scolaire pour la vaccination des groupes vulnérables reconnus dans le *Programme d'immunisation du Québec.*	X	→		**Régional/local**	Budget régulier
• Enquête épidémiologique lors de la déclaration de cas d'hépatite B.	100 % des contacts de cas déclarés d'hépatite B auront fait l'objet d'une intervention appropriée de santé publique.	X	→		**Régional**	Budget régulier

DÉVELOPPEMENT ET MAINTIEN DES COMPÉTENCES :

- Formation des nouveaux vaccinateurs.
- Mise à jour en vaccination.
- Rappels périodiques auprès des médecins et des infirmières des programmes de vaccination gratuite visant les groupes.

CLIENTÈLE : Adultes

4.4.2

DOMAINE : Maladies infectieuses

OBJECTIF : D'ici 2007, réduire de 40 % l'incidence annuelle des infections invasives à pneumocoque dans les groupes d'adultes, admissibles à la vaccination.

ÉTAT DE SITUATION :

Les infections à pneumocoque sont très fréquentes et peuvent mener à des complications sérieuses. Environ 5 000 personnes sont hospitalisées chaque année au Québec pour une infection invasive à pneumocoque dont 150 en Estrie[8]. L'incidence de ces infections invasives, documentées en laboratoire, se situe en moyenne à 16 cas par 100 000 personnes au Québec au cours des années 1997 à 2001. La présentation la plus fréquente en 2001 demeure la pneumonie bactériémique (~50 %) suivi de la bactériémie isolée (~30 %) et de la méningite (~6 %) alors que 92 % des sérotypes détectés sont inclus dans les vaccins polysaccharidiques 23-valents disponibles au Canada; la létalité est de 7,5 %, principalement par pneumonie chez des personnes âgées de 65 ans ou plus. Alors que le pneumocoque était particulièrement sensible à la pénicilline, un phénomène de résistance est documenté à l'échelle mondiale depuis la fin des années 1980 et se situe à 15 % en 2001 au Québec.

En Estrie[8], après un pic d'incidence à près de 29 cas par 100 000 personnes en 1999, l'incidence des infections invasives à pneumocoque, déclarées dans le fichier des maladies à déclaration obligatoire se situe à 20 puis à 25 cas par 100 000 personnes au cours des années 2000 et 2001. Les pics d'incidence concernent à peu près toujours les mêmes populations : les jeunes enfants suivi des personnes âgées. D'ailleurs, l'incidence moyenne annuelle chez les personnes âgées de 65 ans ou plus se situe à 55 cas par 100 000 personnes, de 1997 à 2001. Par ailleurs, on constate que 84 % des sérotypes isolés en Estrie[8], en 2000 et en 2001, correspondent à ceux des vaccins polysaccharidiques 23-valents disponibles au Canada.

Un programme de vaccination gratuit contre le pneumocoque au Québec, au moyen du vaccin polysaccharidique 23-valent, est en vigueur depuis avril 1999, auprès des personnes âgées de 2 ans ou plus, présentant une condition médicale augmentant le risque de faire une infection grave (ex. : condition cardiaque ou pulmonaire chronique). Depuis avril 2000, ce programme vise également l'ensemble des personnes âgées de 65 ans ou plus.

Les données de vaccination contre le pneumocoque en Estrie[9], chez les adultes âgées de moins de 65 ans, présentant une condition médicale augmentant le risque d'infections invasives à pneumocoque, sont présentées ici (la population cible provient d'une estimation du MSSS quant au nombre de personnes admissibles à la vaccination contre le pneumocoque, âgées entre 15 et 64 ans, en Estrie).

Année	Vaccinés	Pop. cible	Couverture cumulative
1999-2000	1 257	24 289	5 %
2000-2001	1 896	24 544	13 %
2001-2002	598	24 872	15 %

ACTIVITÉS	INDICATEURS DE RÉSULTATS	2004-2005	2005-2006	2006-2007	NIVEAU DE RESPONSABILITÉ	FINANCEMENT
Vaccination						
• Vaccination contre les infections à pneumocoque des personnes appartenant aux groupes vulnérables reconnus dans le *Programme d'immunisation du Québec* (Annexe E).	70 % des adultes appartenant aux groupes vulnérables seront vaccinés contre le pneumocoque.	X			**Régional/local**	Budget Régulier + Financement nécessaire pour l'atteinte de l'objectif : 170 000 $.
	75 % des adultes appartenant aux groupes vulnérables seront vaccinés contre le pneumocoque.		X			
	80 % des adultes appartenant aux groupes vulnérables seront vaccinés contre le pneumocoque.			X		
• Activités de promotion de la vaccination contre les infections à pneumocoque auprès des groupes vulnérables.	Nombre d'activités de promotion de la vaccination contre les infections à pneumocoque auprès des groupes vulnérables.			X	**National Régional Local**	Budget régulier

DÉVELOPPEMENT ET MAINTIEN DES COMPÉTENCES :

- Formation des nouveaux vaccinateurs.
- Mise à jour en vaccination.
- Rappels périodiques auprès des médecins et des infirmières des programmes de vaccination gratuite visant les groupes à risque.

CLIENTÈLE : Adultes

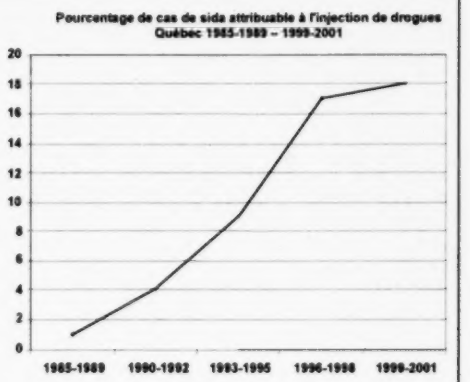
4.4.3

DOMAINE : Maladies infectieuses

OBJECTIF : D'ici 2012 :

- **Réduire l'incidence annuelle de l'infection par le VIH et par le virus de l'hépatite C;**
- **Réduire la proportion de personnes infectées par l'hépatite C qui développent une cirrhose du foie.**

ÉTAT DE SITUATION :



Virus d'immunodéficience humaine (VIH)

Au 30 juin 2002, un total de 5 943 cas de sida ont été déclarés au Québec depuis le début de l'épidémie. En Estrie, entre 1979 et 2002, 61 cas de sida sont déclarés. Les personnes le plus touchées par le sida sont les hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes, les personnes originaires de pays ou l'infection est endémique et les utilisateurs de drogues par injection. Chez les utilisateurs de drogues par injection, les principaux facteurs de risque liés à la prévalence du VIH sont l'injection avec des seringues utilisées par d'autres, la durée de la consommation par injection et le fait de s'injecter principalement de la cocaïne. En vue de contrer l'épidémie de VIH qui résulterait du partage du matériel d'injection, le Québec a mis en place, dès 1989, une structure d'accès aux seringues pour les toxicomanes qui font usage de drogues par injection.

Hépatite C

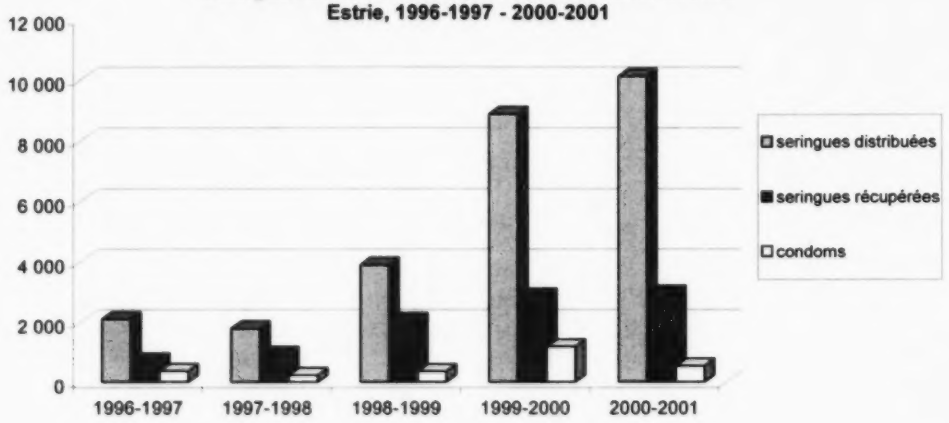
Autour de 40 000 personnes sont affectées par l'hépatite C, une infection virale principalement transmissible par le sang et qui peut mener au développement progressif d'une cirrhose ou d'un cancer du foie. La majorité des nouveaux cas surviennent chez les consommateurs de drogues par injection. Après 6 à 12 mois d'initiation à l'injection, plus de 60 % des utilisateurs de drogues par injection sont séropositifs pour le virus de l'hépatite C, et 90 % le sont après 5 ans d'usage de drogues injectables.

Le programme « *Les UDI ont la piqûre* » (Annexe F) est implanté en Estrie depuis mars 1994. Ce programme de distribution et d'échanges de seringues vise les municipalités de la région de l'Estrie. Il s'agit d'un programme avec sites multiples, coordonné par le Centre régional de prévention et de dépistage anonyme du sida en Estrie[10]. Les établissements collaborateurs à ce projet, au 1er janvier 2002, sont : 6 salles d'urgence, 18 CLSC et points de service, 2 organismes communautaires et 29 pharmacies vendeuses de seringues sans prescription médicale. Ces sites offrent de l'écoute, du soutien psychosocial ainsi que de l'information. Au besoin, la clientèle est référée vers les ressources en toxicomanie, en dépistage *infections transmissibles sexuellement/VIH/hépatites*, ou autres.

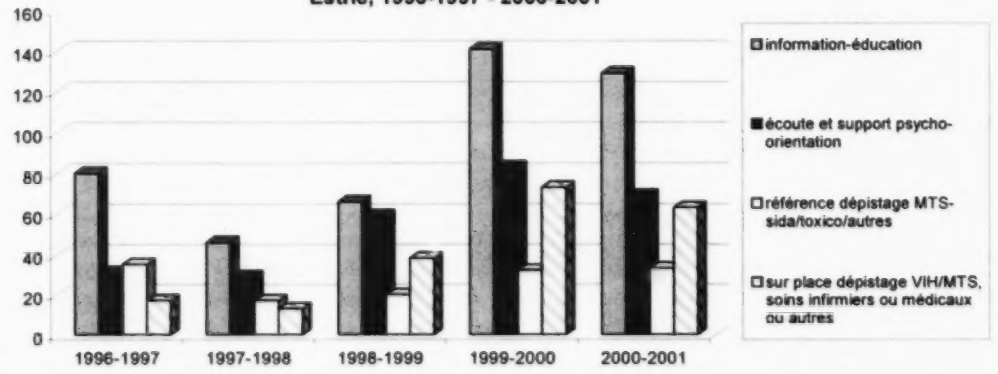
De plus, certains sites offrent ces services sur place. Les graphiques suivants permettent de visualiser, au fil des ans, l'évolution :

1) du nombre de seringues et condoms donnés et du nombre de seringues souillées récupérées;
2) de la fréquentation des services par les usagers des centres d'accès aux seringues.

Seringues données et récupérées, et condoms donnés
Estrie, 1996-1997 - 2000-2001



Nombre d'UDI fréquentant des services
Estrie, 1996-1997 - 2000-2001



Projets d'intervention terrain pour la prévention du VIH et des autres infections transmissibles sexuellement (ITS)

Depuis 1991, un programme régional de subvention, en provenance du Centre québécois de coordination du sida, permet le financement de projets d'intervention-terrain pour les clientèles vulnérables. Au fil des ans, cette subvention a été dirigée vers les projets jugés efficaces, afin de rejoindre avec plus de stabilité les quatre clientèles vulnérables traditionnellement couvertes par nos projets en région, soit :

- les hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes (PRISME/IRIS);
- les femmes en difficulté (CATWOMAN/IRIS ESTRIE);
- les usagers de drogues injectables en milieu carcéral (SAP/Centre régional de prévention et de dépistage anonyme du VIH en Estrie).

ACTIVITÉS	INDICATEURS DE RÉSULTATS	2004-2005	2005-2006	2006-2007	NIVEAU DE RESPONSABILITÉ	FINANCEMENT
Prévention des infections par le VIH/sida, le VHC et les ITS auprès des groupes vulnérables parmi les adultes						
• Financement des programmes efficaces.	100 % des projets jugés efficaces et visant des clientèles vulnérables ciblées par le MSSS et présentes en Estrie, bénéficieront d'un financement égal ou supérieur à celui de l'année financière 2002-2003.			X	**Régional** (gestion et évaluation de l'efficacité des interventions) **Local** (réalisation des activités et interventions définies par le MSSS)	Financement pour les activités ciblées par le MSSS + Financement des projets jugés efficaces (SAP et CATWOMAN) **54 500 $**
• Intervention visant l'échange de seringues pour prévenir la transmission du virus de l'hépatite B et du virus de l'hépatite C, ainsi que la transmission du VIH.	Maintenir le nombre de sites d'échange de seringues déjà existants en Estrie.	X	→	→		
	100 % des sites d'échange de seringues du réseau de la santé (CLSC, salles d'urgence et organismes communautaires) pourront distribuer le nouveau matériel recommandé par le MSSS, en lien avec l'injection.			X		
• Enquête épidémiologique lors de la déclaration de cas d'hépatite C.	100 % des cas déclarés d'hépatite C auront fait l'objet d'une intervention appropriée de santé publique.	X	→	→	**Régional**	Budget régulier

DÉVELOPPEMENT ET MAINTIEN DES COMPÉTENCES :

Pour soutenir les programmes de prévention du VIH et du VHC chez les utilisateurs de drogues par injection du Québec, le MSSS met à la disposition des intervenants du réseau de la santé et des services sociaux et aussi du réseau communautaire, trois programmes de formation :

- Le programme *Aiguillons nos interventions* s'adresse aux intervenants de première ligne pour les habiliter à intervenir auprès des utilisateurs de drogues par injection.
- Le programme *L'intervenant en toxicomanie à l'heure du sida* s'adresse, comme son nom l'indique, aux intervenants en toxicomanie.
- Le programme de formation *La réduction des méfaits* a été conçu pour aider les intervenants à mieux cerner les enjeux des approches de réduction des méfaits et l'implication dans les services offerts.

Plusieurs intervenants du réseau, en Estrie, ont déjà suivi ces formations mais il est important de maintenir ces formations pour les nouveaux intervenants ou pour ceux qui ne les auraient pas encore reçues. Ces formations d'une journée ne comportent pas de frais d'inscription : les établissements doivent toutefois libérer leurs employés et les remplacer, si nécessaire, à leurs frais.

CLIENTÈLE : Adultes

4.4.4

DOMAINE : Maladies infectieuses

OBJECTIF :

D'ici 2007, réduire l'incidence des problèmes liés aux infections transmissibles sexuellement, soit :

- **réduire à moins de 50 cas pour 100 000 personnes le taux d'infection annuel à *Chlamydia trachomatis*;**
- **réduire de 50 % le taux d'infection annuel à *Chlamydia trachomatis* chez les jeunes de 15 à 24 ans;**
- **maintenir l'incidence globale annuelle de syphilis récente (infectieuse) sous le seuil de l'élimination (à moins de 0,2 cas sur 100 000 personnes);**
- **maintenir sous le seuil de l'élimination l'incidence annuelle des infections bactériennes rares transmissibles sexuellement.**

D'ici 2012, réduire l'incidence des problèmes liés aux infections transmissibles sexuellement, soit :

- **réduire les infections à *Neisseria gonorrhoeae* jusque sous le seuil d'élimination;**
- **réduire à moins de 10 pour 1000 la fréquence des complications (grossesses ectopiques) de l'infection à *Chlamydia trachomatis* et de l'infection gonococcique;**
- **réduire l'incidence annuelle des infections virales transmissibles sexuellement.**

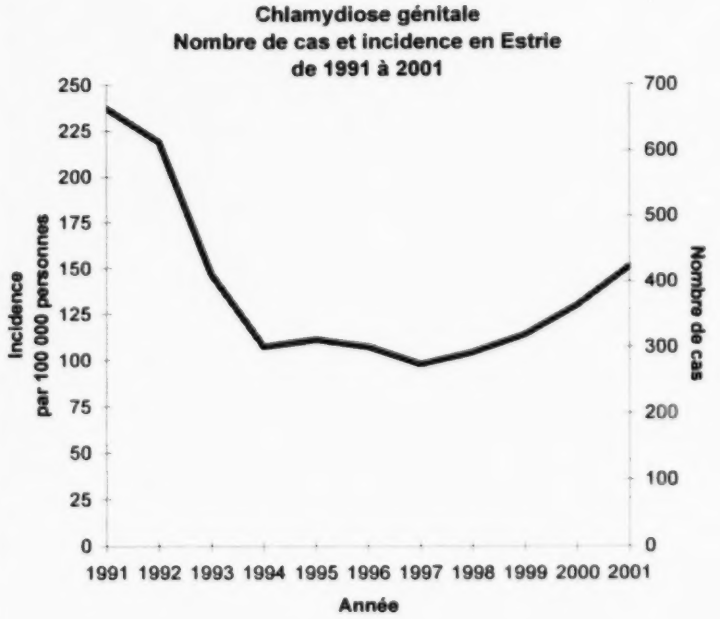
ÉTAT DE SITUATION :

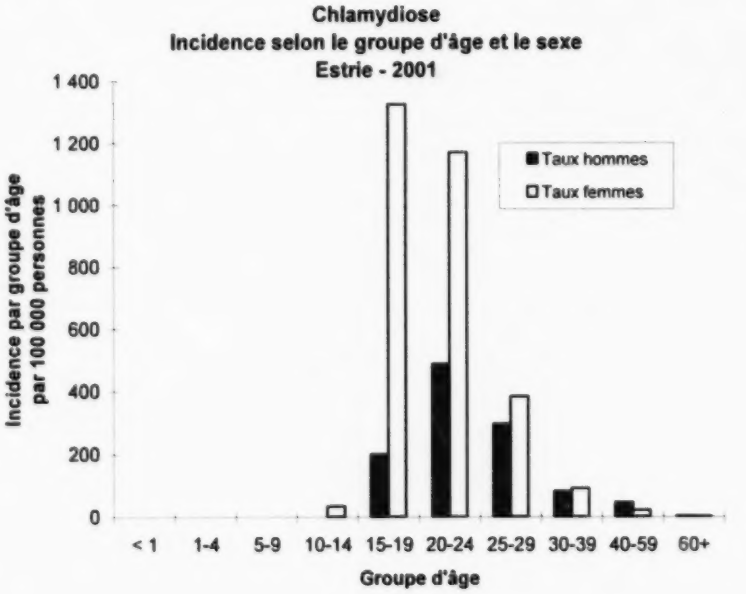
Infections à *Chlamydia trachomatis*

En Estrie[8], les infections transmissibles sexuellement (ITS) constituent plus de 40 % des maladies à déclaration obligatoire, et l'infection à *Chlamydia trachomatis* représente autour de 90 % des infections transmissibles sexuellement étant des maladies à déclaration obligatoire. Alors qu'une diminution constante des infections transmissibles sexuellement d'étiologie bactérienne s'était poursuivie jusque vers la fin des années 1990, une hausse d'incidence est observée depuis les années 1997 et 1998. Cette hausse est aussi observée au niveau provincial.

Toujours en Estrie[8], après une diminution de l'incidence de l'infection génitale à *Chlamydia trachomatis* de 59 % entre 1990 et 1997, une augmentation presque du même ordre, soit de 58 %, a été observée entre 1997 et 2001. Ainsi pour cette même période, le nombre de cas annuels est passé de 278 à 440 cas et le taux pour 100 000 personnes est passé de 97 à 151. L'utilisation de nouvelles techniques de détection plus acceptables et plus sensibles explique peut-être en partie cette augmentation. Toutefois, on ne peut exclure une augmentation réelle de l'incidence, dans un contexte où il est reconnu que l'adoption et le maintien de comportements sexuels sécuritaires sont loin d'être acquis chez les adolescents et les jeunes adultes.

En Estrie, d'année en année, les femmes constituent 70 % du total des cas déclarés de cette infection. Le groupe d'âge de 15 à 24 ans constitue environ 70 % des cas déclarés et demeurent celui ayant le taux d'incidence le plus élevé. Le groupe d'âge de 25 à 29 ans constitue 15 % des cas déclarés. En 2001, ce taux est de 821 cas par 100 000 personnes dans les groupes d'âge « 20-24 ans ». Quarante pourcent des cas sont déclarés chez des personnes de 20 à 24 ans. Les femmes de ce groupe d'âge ont un taux d'incidence 2,4 fois plus élevé que celui des hommes, soit 1 170 par 100 000 femmes. Toujours en Estrie, en 2001, 291 cas de *chlamydiose génitale* sont déclarés chez les adultes de 20 ans et plus. Enfin, il faut retourner en 1993, tant au niveau régional que provincial, pour retrouver des taux d'incidence du même ordre que chez les femmes de ces groupes d'âge.





Chlamydiose génitale
Estrie, 1999-2001

MRC ou territoire équivalent	Nb annuel moyen	Incidence moyenne par an/pour 100 000 personnes
MRC du Granit	11	51,7
MRC d'Asbestos	12	77,9
MRC du Haut-Saint-François	11	47,7
MRC du Val-Saint-François	26	91,3
MRC de Coaticook	9	56,7
MRC de Memphrémagog	30	71,9
Ville de Sherbrooke	217	150,7
Inconnu	68	
Ensemble de l'Estrie	*381*	*131,3*

Syphilis infectieuse

La syphilis infectieuse est peu fréquente dans nos statistiques régionales. Pour la période 1997-2001, 6 cas ont été documentés en Estrie, soit 2 cas en 1997, 2 cas en 1998 et 2 cas en 2001. Un seul de ces 6 cas consistait en une syphilis infectieuse (récente), soit de stade secondaire. Les autres cas étaient des cas de syphilis non infectieuse (ancienne), soit au stade de syphilis latente tardive ou tertiaire. Notre région n'est ainsi pas encore touchée par l'augmentation des cas de syphilis, mais une éclosion de cette infection est en cours dans la région de Montréal, depuis l'automne 2000. Cette éclosion touche presque exclusivement les hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes. Les hommes homosexuels devront dorénavant faire l'objet d'un dépistage systématique pour cette infection.

Infections bactériennes rares

Les infections bactériennes rares transmissibles sexuellement (chancre mou, lymphogranulome vénérien et granulome inguinal) sont elles aussi absentes des statistiques régionales pour tous les groupes d'âge. Elles sont effectivement très peu fréquentes, car les données pour tout le Québec révèlent : qu'un seul cas de chancre mou a été déclaré dans la région de Québec en 1996; qu'aucun cas de granulome inguinal n'a été rapporté au Québec entre 1996 et 2000; et que 2 cas de lymphogranulomatose vénérienne ont été signalés, l'un en 1996 et l'autre en 1997.

Infections gonococciques

Au Québec, entre 1984 et 1998, le taux d'incidence de l'infection gonococcique est passé de 105,6 par 100 000 personnes à 6,6 par 100 000 personnes soit une réduction de 94 %. L'élimination de la transmission locale de l'infection gonococcique a alors été retenue comme objectif à atteindre. Toutefois, une hausse du taux d'incidence de 63 % (de 6,6 à 10,8) est observée entre 1998 et 2001. Ceci se traduit par une augmentation du nombre de cas déclarés de 495 cas en 1998 à 831 en 2001. Si l'atteinte de l'objectif d'élimination de la transmission locale de la gonorrhée apparaissait possible en 1998, cela est moins évident à l'heure actuelle. Cette hausse troublante de l'incidence de l'infection gonococcique concerne surtout les hommes (une hausse de 74 % entre 1998 et 2001), mais aussi les femmes (hausse de 40 % pour la même période). D'ailleurs, 80 % des infections gonococciques déclarées touchent des hommes. Parmi les cas d'infection gonococcique chez les hommes, la proportion d'hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes est beaucoup plus élevée dans la région de Montréal (71 %) que dans le reste du Québec (42 %). La région de Montréal-Centre est particulièrement touchée et on y retrouve 68 % de l'ensemble des cas du Québec : le taux d'incidence y est presque trois fois celui de l'ensemble du Québec (30,2 versus 10,8). Toutes les autres régions ont des taux d'incidence inférieurs à ceux du Québec, sauf les régions de Nunavik et Terres Cries Baie James où les taux sont très élevés.

En Estrie, la chute drastique de l'incidence de l'infection gonococcique a eu lieu entre 1986 et 1989, années entre lesquelles le nombre de cas annuels est passé de 280 à 44 cas. Le taux pour 100 000 personnes passait ainsi de 109 à 17. Entre 1990 et 2000, la situation est demeurée stationnaire, le nombre de cas annuels se situant entre 2 et 13 cas. 81,6 % des cas déclarés sont chez les personnes de 20 ans et plus. En 2001, 22 cas ont été déclarés, dont une éclosion d'une quinzaine de cas en novembre et décembre 2001. Un contexte de prostitution fut à l'origine de cette éclosion.

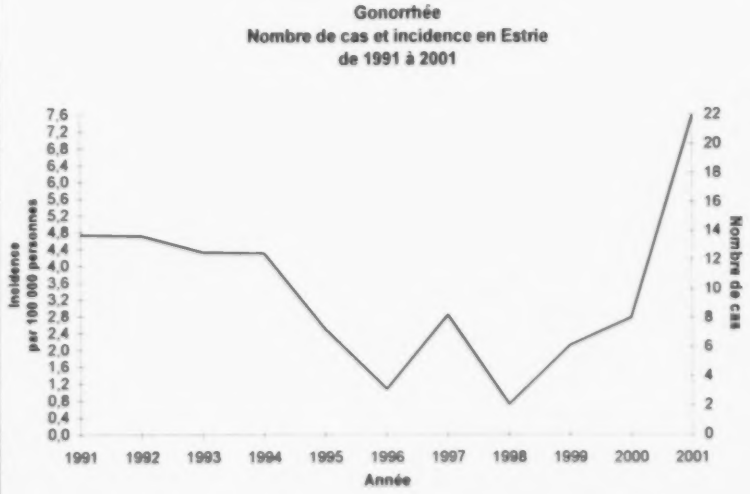
Le cancer du col (le virus du papillome humain est détecté dans la presque totalité des cas de cancer du col de l'utérus), l'infertilité tubaire, l'atteinte inflammatoire pelvienne sont d'autres complications dues aux infections transmissibles sexuellement ayant une morbidité importante. Enfin, il est de plus en plus reconnu que la présence d'une infection transmissible sexuellement est un facteur qui augmente de façon significative le risque de transmission de l'infection au VIH.

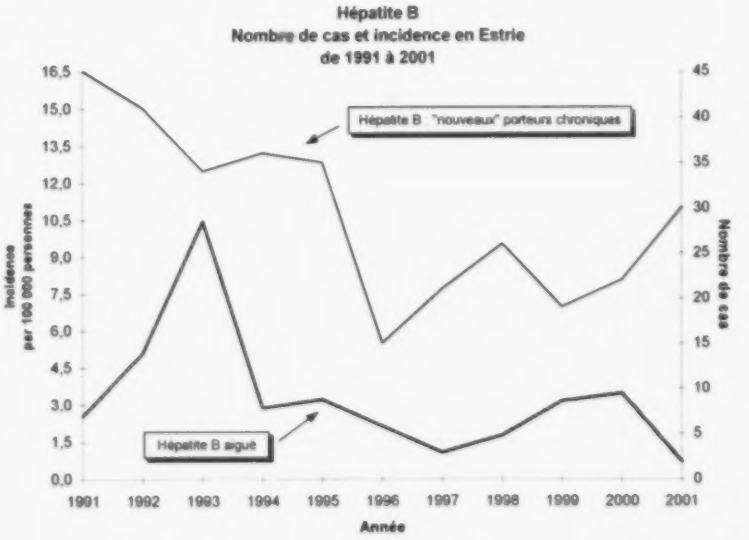
Enfin, en ce qui concerne les infections transmissibles sexuellement virales, tous les experts s'entendent : même si elles ne font pas l'objet d'une surveillance systématique, les infections transmissibles sexuellement virales comme l'herpès génital et les infections au virus du papillome humain sont encore plus fréquentes que les infections transmissibles sexuellement à déclaration obligatoire. Il n'existe pas de véritable traitement curatif de ces infections qui sont transmissibles même en l'absence de symptômes; aussi, le réservoir de l'infection augmente-t-il progressivement. La fréquence de ces infections transmissibles sexuellement virales a fait l'objet de peu d'enquêtes statistiques au Canada.

Il n'y a pas de statistiques régionales disponibles tant en ce qui concerne les complications des infections transmissibles sexuellement que les infections transmissibles sexuellement virales. Il n'existe pas non plus de système québécois de surveillance systématique des complications dues aux infections transmissibles sexuellement. Cependant, certaines données sont compilées sur les grossesses ectopiques. Même si l'infection génitale à *Chlamydia trachomatis* et l'infection à *Neisseria gonorrhoeae* ne sont pas les seules causes de ce problème, il demeure qu'elles y contribuent largement. Le tableau de la page suivante présente quelques données concernant l'incidence des grossesses ectopiques au Québec.

Hépatite B

Depuis 1996, en Estrie, les pics d'incidence de l'hépatite B aiguë sont réduits. Entre 1996 et 2000, en moyenne 6 nouveaux cas d'hépatite B sont survenus par an. Avec cette baisse de l'incidence, le taux de porteurs chroniques devrait lui aussi baisser lors des prochaines années.





Grossesses ectopiques chez les 15 à 44 ans
Estrie, Québec, 1995-1998

Année	Estrie		Québec	
	Nb de grossesses ectopiques	Incidence par 1 000 grossesses	Nb de grossesses ectopiques	Incidence par 1 000 grossesses
1995	58	13,4	1 474	11,9
1996	48	11,0	1 371	11,2
1997	39	9,2	1 321	11,2
1998	46	11,2	1 182	10,4

Source : Analyse des cas de chlamydiose, de gonorrhée, d'hépatite B et de syphilis déclarés au Québec par année civile, 1995-1999, MSSS, *octobre 2000*

Système de surveillance

Une surveillance régionale des cas annuels déclarés des infections transmissibles sexuellement/maladie à déclaration obligatoire est effectuée. L'utilisation des tests de détection des infections transmissibles sexuellement/maladie à déclaration obligatoire et des taux de positivité de ces tests font aussi l'objet d'une surveillance afin d'optimiser l'usage de ces tests. Un rapport est produit et diffusé annuellement aux intervenants concernés.

En Estrie, nous procédons aussi à une collecte informatisée des données d'enquête épidémiologique auprès des personnes infectées et leurs partenaires sexuels depuis 1999. Ces données sont analysées annuellement et permettent d'évaluer le nombre et le type d'interventions effectuées, le profil de la clientèle quant à leur âge, leur sexe ou leurs comportements à risque, et le nombre de médecins avec qui des ententes permanentes sont établies pour les fins de notification des partenaires sexuels des personnes infectées.

Enfin, un *État de situation sur les services de dépistage des infections transmissibles sexuellement, de vaccination contre les hépatites et de notification aux partenaires, auprès des personnes à risque élevé de la région de l'Estrie* a été effectué au cours de l'année 2001.

ACTIVITÉS	INDICATEURS DE RÉSULTATS	2004-2005	2005-2006	2006-2007	NIVEAU DE RESPONSABILITÉ	FINANCEMENT
Prévention des infections par le VIH/sida, le VHC et les ITS auprès des groupes vulnérables parmi les adultes						
• Prévention auprès des adultes appartenant à des groupes vulnérables en ce qui concerne les ITS.	Réduire à moins de 100 le nombre de cas d'infection annuel à *Chlamydia trachomatis* en Estrie chez les personnes de 20 ans et plus.			X	**Régional/local**	Budget régulier + Financement spécifique pour certaines activités ciblées par le MSSS
	Réduire de 50 % le taux d'infection annuel à *Chlamydia trachomatis* chez les personnes de 20 ans et plus.			X		
	Réduire l'incidence globale annuelle des infections à *Neisseria gonorrhoeae* à moins de 1 cas par 100 000 en Estrie.			X		
	Maintenir l'incidence globale annuelle de syphilis récente à zéro en Estrie.	X	→	→		
	Maintenir sous le seuil de l'élimination (à définir par le MSSS) l'incidence annuelle des infections bactériennes rares transmissibles sexuellement en Estrie.	X				
• Organisation des services intégrés de dépistage du VIH/sida, des ITS et du VHC	Implantation du premier site de services intégrés pour le VIH/sida, l'hépatite C et les ITS en Estrie.			X		

ACTIVITÉS	INDICATEURS DE RÉSULTATS	2004-2005	2005-2006	2006-2007	NIVEAU DE RESPONSABILITÉ	FINANCEMENT
• Enquête épidémiologique lors de la déclaration de cas de syphilis, d'infection à *Chlamydia trachomatis* et d'infection à *Neisseria gonorrhoeae*.	100 % des cas déclarés de syphilis et d'infection à *Neisseria gonorrhoeae* auront fait l'objet d'une offre d'intervention appropriée de santé publique.	X	→	→	**Régional**	Budget régulier
	100 % des cas d'infection à *Chlamydia trachomatis* pour lesquels le médecin a fait une demande d'intervention auprès du cas auront fait l'objet d'une offre d'intervention appropriée de santé publique.	X	→	→		
• Intensification de l'intervention de prévention auprès des partenaires d'une personne qui a contracté une ITS.	Dans le cas d'une personne qui a fait l'objet d'une offre d'intervention appropriée de santé publique et qui choisit de ne pas informer ses partenaires, 100 % de ces partenaires feront l'objet de la même offre d'intervention.	X	→	→	**Régional**	Budget régulier (intervention de base) + 15 000 $/an (intensification)

DÉVELOPPEMENT ET MAINTIEN DES COMPÉTENCES :

- Diffusion de documents ou dépliants portant sur les infections transmissibles sexuellement.
- Mise à jour périodique auprès des omnipraticiens et autres intervenants d'infections transmissibles sexuellement, des connaissances en matière de dépistage, de lignes directrices de traitement et d'intervention préventive auprès des personnes infectées et leurs partenaires sexuels.
- Formation du personnel d'Info-Santé en matière d'infections transmissibles sexuellement (prévue en 2004). Cette formation sera livrée à la manière des autres programmes du Centre québécois de coordination sur le Sida (CQCS). Un professionnel du MSSS fera une tournée provinciale appuyée d'une ressource médicale de chaque direction de santé publique.

Domaine 6

Santé en milieu de travail

Présentation du domaine de la santé en milieu de travail

Le gouvernement du Québec a confié à la CSST l'administration du régime de santé et de sécurité du travail. Ce régime d'assurance obligatoire permet d'indemniser les travailleurs victimes d'accidents du travail ou atteints de maladies professionnelles. En plus d'assumer le rôle d'assureur public, la CSST s'occupe de la prévention des accidents et des maladies du travail. Elle fait la promotion des mesures visant à éliminer les dangers, ou du moins à réduire les risques pour la santé et la sécurité présents dans les milieux de travail.

Le domaine de la santé au travail est particulier, les acteurs de la santé publique interviennent principalement en vertu d'un contrat confié aux directions de la santé publique et aux CLSC par la CSST. Dans ce domaine, les activités de la santé publique sont les actions préventives prioritaires déterminées par la CSST en collaboration avec ses partenaires. En général, les activités s'adressent aux groupes prioritaires des secteurs d'activités 1 à 3 (Annexe G) ou encore à certains groupes ciblés dans d'autres secteurs.

Contrairement à la CSST qui fixe une norme à ne pas dépasser, les acteurs de la santé publique planifient leurs activités en vertu d'un niveau d'intervention qui est souvent égal ou inférieur à la norme. Ce niveau vise davantage la prévention des effets à la santé. C'est par l'entremise du Comité de santé sécurité, propre à chacune des entreprises, que des activités de prévention et d'information sont planifiées sous forme de plan d'action. C'est également en vertu de la Loi sur la santé et la sécurité du travail que sont balisés les droits et obligations des travailleurs et des employeurs. Dans cette perspective, la loi a pour objet l'élimination à la source même des dangers pour la santé, la sécurité et l'intégrité physique des travailleurs.

CLIENTÈLE : Adultes **4.6.1**

DOMAINE : La santé en milieu de travail

OBJECTIF : D'ici 2012, diminuer la prévalence ainsi que la durée et la gravité des incapacités liées aux lésions musculo-squelettiques

ÉTAT DE SITUATION :

Les lésions musculo-squelettiques comprennent les affections vertébrales et les affections chroniques musculo-squelettiques telles les tendinites, les épicondylites, les bursites, et peuvent avoir comme origine un accident du travail subi ou une maladie professionnelle suite à une exposition professionnelle à plus ou moins long terme. Les lésions musculo-squelettiques découlant d'une maladie professionnelle et indemnisées par la CSST représentent, au Québec, environ la moitié des maladies professionnelles et 60 % en Estrie.

Selon les données d'enquêtes de 1998 :

a) 83 % des travailleurs ont déclaré avoir ressenti des douleurs à au moins une région du corps (37 % de temps en temps, 46 % assez souvent ou tout le temps);
b) environ 50 % des travailleurs ont eu des douleurs sur une période de 7 jours (bas du dos, membre supérieur, membre inférieur);
c) 15 % des travailleurs ont eu une lésion musculo-squelettique de longue durée au cours des 12 mois précédant l'enquête.

Affections vertébrales

Au Québec, en 2001, le nombre d'affections vertébrales s'est établi à 34 198 et a représenté plus de 28 % de l'ensemble des lésions professionnelles, toutes lésions confondues, alors qu'en Estrie, en 2000, 1 850 affections vertébrales sont survenues (26 % des lésions professionnelles). L'entorse vertébrale a représenté près des trois quarts des diagnostics. Par ailleurs, au Québec comme en Estrie, 59 % de toutes les affections vertébrales siégeaient à la colonne lombaire. Au Québec, trois secteurs d'activité économique dominent pour les affections vertébrales : le Commerce (17 %), les Services médicaux et sociaux (16 %) et les Autres services commerciaux et personnels (11 %). En Estrie, de 1997 à 2000, on retrouvait surtout ces affections dans les Services médicaux et sociaux (16 %), La Fabrication de produits en caoutchouc et en matières plastiques (11 %), le Commerce (10 %) et les Autres services commerciaux et personnels (7 %). Au Québec, en 2001, 52 % des travailleurs se sont absentés de leur travail durant 2 semaines ou moins et 15 %, durant plus de 90 jours. En Estrie, entre 1997 et 2000, les deux tiers des travailleurs se sont absentés pendant moins de 15 jours et 9 % pendant plus de 90 jours. Autant au Québec qu'en Estrie, 70 % des affections ont concerné les hommes.

Affections en « ...ites »

Au Québec, en 2001, les affections en « ...ites » se chiffraient à 9 242, soit 83,9 % en accident de travail et 16,1 % en maladie professionnelle alors qu'en Estrie, de 1997 à 2000, on retrouvait en moyenne 815 lésions de ce type dont 75 % en accident de travail et 25 % en maladie professionnelle. Au Québec comme en Estrie, elles concernaient en forte majorité les tendinites (épaules, coudes, poignets). Les secteurs d'activité suivants étaient les plus touchés en Estrie : Fabrication de produits de caoutchouc et en matières plastiques (18 %), Industrie textile (9 %), Industrie des aliments et boissons (8 %) et Habillement-confection (8 %). La situation estrienne diffère beaucoup du portrait québécois. Au Québec, les secteurs majeurs sont le Commerce (13 %), les Services médicaux et sociaux (10 %), les Autres services commerciaux et personnels (10 %) et l'Industrie des aliments et boissons (10 %). Au Québec, 45 % des travailleurs se sont absentés de leur travail durant 2 semaines ou moins et 17 % pendant plus de 90 jours. En Estrie, 66 % des travailleurs se sont absentés pendant moins de 15 jours et 9 % pendant plus de 90 jours. Les hommes étaient plus atteints que les femmes : 64 % au Québec et 56% en Estrie. Au Québec et en Estrie, la période d'âge la plus concernée était la même pour les deux sexes, soit de 35 à 45 ans.

Le programme en cours :

Durant la période 1997-2000, un Plan d'intervention concernant les lésions attribuables au travail répétitif dans des entreprises à risque a été mis en place par la CSST dans le but de réduire les lésions musculo-squelettiques par une meilleure prise en charge de ces problèmes par les entreprises elles-mêmes, avec la participation des travailleurs et le support des intervenants du réseau public de la santé au travail et de la CSST. Au Québec, durant cette période, 75 interventions ont été enregistrées dans plus de 10 secteurs d'activité. Selon la CSST, ce programme a eu un impact de réduction de 54,1 % du nombre de lésions musculo-squelettiques dans les entreprises ciblées, contre une réduction de 11,6 % pour l'ensemble des entreprises québécoises. Ces entreprises ont également connu une diminution du nombre de jours indemnisés et du montant des prestations. En Estrie, pour la même période, 11 entreprises ont bénéficié d'une démarche d'ergonomie participative à l'égard des lésions musculo-squelettiques.

Les lésions musculo-squelettiques demeurent un problème important et la CSST a l'intention de relancer un deuxième Plan d'intervention. Pour l'instant, il est prévu de réaliser différents types d'interventions ergonomiques, selon un mode de ciblage des entreprises défini par la CSST.

ACTIVITÉS	INDICATEURS DE RÉSULTATS	2004-2005	2005-2006	2006-2007	NIVEAU DE RESPONSABILITÉ	FINANCEMENT
Élaboration des plans d'action						
• Adaptation de la politique générale d'intervention prévue dans le programme LMS à venir, avec les différents partenaires régionaux.	Politique écrite.	X			**Régional/ CLSC**	Budget régulier
• Participation au ciblage des entreprises visées par les interventions et selon le critère CSST, avec les partenaires régionaux.	Nb d'entreprises ciblées; Type d'entreprises ciblées; Nb de travailleurs ciblés.	X			**Régional**	
• Établissement d'une planification des interventions, avec les partenaires régionaux.	Planification (échéancier, rôles et responsabilités des partenaires) réalisée.		X		**Régional/ CLSC**	
• Élaboration des plans d'action spécifiques à chaque entreprise avec les partenaires.	Nb de plans d'action élaborés; Nb et type d'entreprises; Nb et type de postes de travail; Nb de travailleurs ciblés.		X	→	**Régional/ CLSC**	
• Offre d'un support professionnel aux entreprises ciblées selon les plans d'action spécifiques.	Nb d'interventions de support; Nb et type d'interventions; Nb et type d'entreprises; Nb et type de postes de travail.		X	→	**Régional/ CLSC**	

ACTIVITÉS	INDICATEURS DE RÉSULTATS	2004-2005	2005-2006	2006-2007	NIVEAU DE RESPONSABILITÉ	FINANCEMENT
Évaluation						
• Participation avec les partenaires à l'élaboration du protocole d'évaluation en regard de l'objectif visé.	Protocole élaboré.		X	→	**National/ régional**	Budget régulier
• Participation au recueil des données incluses dans le protocole d'évaluation en regard de l'objectif visé.	Nb et type d'entreprises participantes.			X	**Régional/ CLSC**	
Formation						
• Évaluation des besoins en formation des intervenants.	Thèmes et contenus de formation.	X	→		**Régional/ CLSC**	Budget régulier
• Participation avec les partenaires régionaux au ciblage d'autres entreprises, en fonction des critères de santé publique tirés d'une analyse des données régionales sur les lésions musculo-squelettiques et selon les résultats des activités déjà effectuées.	Liste d'entreprises ciblées.			X	**Régional**	

DÉVELOPPEMENT ET MAINTIEN DES COMPÉTENCES :

Former les intervenants du CLSC et les partenaires aux différentes composantes du prochain Plan d'intervention - lésions musculo-squelettiques. Compléter les besoins de formation concernant les modalités et types d'intervention en ergonomie qui seront requis par les plans d'action spécifiques aux entreprises.

CLIENTÈLE : Adultes **4.6.2**

DOMAINE : Santé en milieu de travail

OBJECTIF : D'ici 2012, diminuer l'incidence de la bérylliose, de la silicose et de l'amiantose chez les travailleurs par la réduction de l'exposition au béryllium, à la silice et à l'amiante

ÉTAT DE SITUATION :

La bérylliose

Durant les années 1940, on utilisait le béryllium dans la fabrication des fluorescents. Le béryllium est un métal cancérigène dont l'exposition doit être réduite au minimum. L'inhalation de ce métal sous forme de poussières, particules fines, vapeur ou fumée peut causer une maladie pulmonaire invalidante, la bérylliose aiguë. Aux Etats-Unis, cette maladie a cessé d'être observée après qu'on eût fixé une norme limitant à deux microgrammes par mètre cube (2 ug/m^3) la concentration de béryllium dans l'air. Vers la fin de 1998, les premiers cas de bérylliose chronique ont été rapportés au Québec à la suite d'expositions prolongées ou répétitives. Afin de mieux protéger les travailleurs, et en attendant une révision de la norme, le niveau d'action pondéré sur huit heures a été ramené à une concentration dix fois moindre, soit 0,2 ug/m^3. Au Québec, dix secteurs d'activité sont susceptibles d'entrer en contact avec le béryllium sous ces formes nocives, entre autres, les fonderies, le recyclage de métaux, les ateliers d'usinage et l'aéronautique. Étant donné que ces secteurs représentent 2 800 entreprises, ils ont été priorisés.

Pour la région de l'Estrie, trois établissements ont fait l'objet d'études environnementales soit, deux établissements dans le secteur des fonderies et un établissement en aéronautique. Un seul établissement provenant du secteur fonderie a obtenu des résultats de frottis positifs et cet établissement est fermé actuellement. À ce jour, aucun cas de bérylliose confirmé n'a été signalé en Estrie. On ne déclare également aucun décès attribuable à cette maladie.

La silicose

La silicose représente un autre problème de santé physique attribuable au milieu de travail. Au Québec, entre 1988 et 1997, la CSST a reconnu que 298 travailleurs étaient atteints d'une silicose; ce qui représente entre 18 à 45 nouveaux cas annuellement. De ce nombre, une dizaine de travailleurs ont également développé un cancer pulmonaire d'origine professionnelle. Les travailleurs les plus touchés par cette problématique proviennent des mines (40 %), des fonderies (21 %), et 10 % travaillaient la pierre. L'ensemble des travailleurs étaient en moyenne âgés de 58 ans et avaient été exposés à la silice durant 24 ans. Cependant, des cas de silicose accélérée ont aussi été répertoriés; il s'agit d'une forme de la maladie qui a la particularité de se présenter chez des travailleurs plus jeunes dont la moyenne d'âge est de 36 ans et ayant été exposés moins longtemps à de fortes doses à la silice (7 ans). La silicose accélérée est fortement associée à l'utilisation du procédé d'abrasion par jet de sable. Au Québec, les valeurs d'exposition moyenne pondérées pour la silice cristalline sont de 0,1 mg/m^3 pour le quartz et de 0,05 mg/m^3 pour la cristobalite.

Moins de cinq cas de silicose ont été déclarés en Estrie et on ne dénote aucun décès relié à l'exposition à la silice.

L'amiantose

Le délai d'apparition des maladies professionnelles pulmonaires reliées à l'exposition à l'amiante est très long (15 à 45 ans selon le type de maladie); on sait que les maladies constatées aujourd'hui proviennent d'une exposition ancienne. Les statistiques actuelles ne reflètent donc pas les effets des mesures de sécurité actuellement en vigueur dans les mines et les industries de transformation de l'amiante. Ainsi, à partir d'une étude des nouveaux cas de maladies professionnelles pulmonaires reliées à l'exposition à l'amiante de 1988 à 1997, mentionnons que :

- L'évolution du nombre de nouveaux cas d'amiantose de 1988 à 1997 montre une tendance à l'augmentation dans la construction et une stabilité depuis 1992 dans les mines. Par ailleurs, en Estrie, pour la période de 1997 à 2000, 18 cas d'amiantose dont au moins 14 étaient des travailleurs de mines d'amiante ont été reconnus par la CSST et, pour la période de 1995 à 1999, 7 décès ont été enregistrés avec un diagnostic de cette même maladie.

Au Québec, les travaux qui ont mené à l'élaboration et au lancement par la CSST, en 1998, d'un Plan d'intervention pour la prévention des maladies professionnelles reliées à l'amiante ont permis de cerner la problématique concernant ce contaminant et notamment en ce qui a trait aux sources d'exposition. Le Plan d'intervention pour l'amiante a identifié certains groupes de travailleurs de la construction et de l'entretien comme étant susceptibles d'avoir été exposés régulièrement à des concentrations élevées de fibres d'amiante. Les métiers ciblés sont les calorifugeurs, les tuyauteurs plombiers et les tuyauteurs soudeurs, les mécaniciens en protection des incendies, les ferblantiers et les chaudronniers ainsi que les manœuvres spécialisés en enlèvement de l'amiante et en démolition. Le guide de surveillance médicale élaboré dans le cadre de ce Plan d'intervention propose un dépistage (radiographie pulmonaire) pour les travailleurs de ces secteurs dont l'exposition à l'amiante totalise plus de 15 ans et par la suite, un suivi aux 5 ans. Présentement, 7 411 travailleurs québécois de la construction, selon les données de la Commission de la construction du Québec, correspondent à ces critères dont 302 en Estrie. À date, quelque 2 800 travailleurs ont subi une radiographie pulmonaire soit dans le cadre d'un dépistage massif dans la région de Montréal ou des récents chantiers de construction d'envergure. Quatre-vingt-douze travailleurs de l'Estrie ont participé au dépistage et aucun cas d'amiantose n'a été diagnostiqué. Un consensus s'est établi autour des éléments suivants :

- L'application des normes actuelles a permis de contrôler l'exposition aux fibres d'amiante des travailleurs miniers et de la majorité de ceux de l'industrie de la transformation.
- L'exposition professionnelle des travailleurs aux fibres d'amiante persiste aujourd'hui dans les secteurs de la démolition, de la rénovation et de l'entretien des bâtiments et des ouvrages isolés à l'amiante.
- Au Québec, un nombre inconnu d'édifices construits ou rénovés avant 1980 contiennent des revêtements d'amiante.
- La majorité des travailleurs et des employeurs de la construction et de l'entretien ignorent qu'il peut y avoir de l'amiante dans les édifices où ils effectuent leur travail.

ACTIVITÉS	INDICATEURS DE RÉSULTATS	2004-2005	2005-2006	2006-2007	NIVEAU DE RESPONSABILITÉ	FINANCEMENT
Recenser les établissements où se retrouve du béryllium						
• Ciblage des établissements selon l'évolution du plan concerté béryllium.	Nb d'établissements ciblés; Nb de travailleurs exposés.	X	→		**Régional**	Budget régulier
• Collecte de données à effectuer auprès des établissements ciblés.	Nb de questionnaires complétés/Nb d'établissements ciblés.	X	→		**CLSC**	
Évaluer les expositions des travailleurs œuvrant dans les différents secteurs d'activités où on retrouve du béryllium						
• Analyses environnementales à effectuer.	% d'établissements avec échantillonnage d'air; % d'établissements avec échantillonnage de poussière; % d'établissements avec diagnostic positif.	X	→		**CLSC**	Budget régulier
Contrôler l'exposition au béryllium dans les établissements ciblés au plus bas niveau possible (≤ 0,2 ug/m^3)						
• Rencontres d'information sur les risques à la santé et les moyens de protection.	% d'établissements ayant reçu l'information; % de travailleurs informés.	X	→		**CLSC**	Budget régulier
• Application du protocole de suivi médical selon les guides de pratique provinciaux.	% de travailleurs avec 2 résultats positifs au test de dépistage sanguin.	X	→		**Régional/ CLSC**	

ACTIVITÉS	INDICATEURS DE RÉSULTATS	2004-2005	2005-2006	2006-2007	NIVEAU DE RESPONSABILITÉ	FINANCEMENT
Établir régionalement un plan d'action concerté CSST-Réseau de la santé concernant l'exposition des travailleurs œuvrant dans les établissements où se retrouve de la silice; notamment ceux qui travaillent la pierre, les chantiers de construction et les entreprises de transformation						
• Recensement des établissements où se retrouve de la silice; notamment ceux qui travaillent la pierre, les chantiers de construction et les entreprises de transformation.	Pour chacune des catégories d'établissements : ceux qui travaillent la pierre, pour les chantiers de construction et pour les établissements de transformation : Nb d'établissements ciblés; Nb de travailleurs exposés.	X	→		**Régional/ CLSC**	Budget régulier
Évaluer les expositions des travailleurs						
• Analyses environnementales à effectuer.	Pour chacune des catégories d'établissements : ceux qui travaillent la pierre, pour les chantiers de construction et pour les établissements de transformation : % d'établissements avec échantillonnage d'air; % d'établissements avec dépassement du niveau d'intervention; % d'établissements avec dépassement de normes.		X	→	**CLSC**	Budget régulier

ACTIVITÉS	INDICATEURS DE RÉSULTATS	2004-2005	2005-2006	2006-2007	NIVEAU DE RESPONSABILITÉ	FINANCEMENT
Contrôler l'exposition où se retrouve de la silice; notamment ceux qui travaillent la pierre, les chantiers de construction et les entreprises de transformation						
• Rencontres d'information sur les risques à la santé.	Pour chacune des catégories d'établissements : ceux qui travaillent la pierre, pour les chantiers de construction et pour les établissements de transformation : % d'établissements ayant reçu l'information; % de travailleurs informés.		X	→	**CLSC**	Budget régulier
• Recommandations concernant les moyens de protection, les mesures de prévention et mesures d'élimination à la source et inventorier les entreprises ayant appliqué des mesures préventives de réduction à la source.	Pour chacune des catégories d'établissements : ceux qui travaillent la pierre, pour les chantiers de construction et pour les établissements de transformation : % d'établissements ayant appliqué une ou des mesures préventives de réduction à la source/Nb d'établissements où le niveau d'intervention est dépassé; % d'établissements ayant appliqué une ou des mesures préventives de réduction à la source/Nb d'établissements où la norme est dépassée.			X	**Régional/ CLSC**	

ACTIVITÉS	INDICATEURS DE RÉSULTATS	2004-2005	2005-2006	2006-2007	NIVEAU DE RESPONSABILITÉ	FINANCEMENT
• Application du protocole provincial selon le guide de pratique médicale.	Pour chacune des catégories d'établissements : ceux qui travaillent la pierre, pour les chantiers de construction et pour les établissements de transformation : % de travailleurs ayant passé une radiographie pulmonaire; % de Rx positifs.			X	**Régional/ CLSC**	Budget régulier
Visiter les établissements qui ont fait l'objet du Plan d'intervention pour jet de sable						
• Nombre d'établissements à établir qui ont fait l'objet du Plan d'intervention pour jet de sable de 1996-2001.	Bilan du Plan d'intervention pour jet de sable entre 1996-2001.	X			**Régional**	Budget régulier
• Application de la vérification d'une ou de plusieurs mesures préventives.	% d'établissements ayant appliqué une ou plusieurs mesures préventives.		X	→	**CLSC**	
• Maintien de la vérification des mesures préventives.	% d'établissements ayant apporté des mesures préventives entre 1996 et 2001.		X	→	**CLSC**	
Suivi des travailleurs exposés à l'amiante						
• Suivi des travailleurs déjà examinés à assurer aux 5 ans (selon protocole médical).	Nb de travailleurs ayant subi une 2e radiographie pulmonaire à l'intérieur du délai prescrit.	X	→		**Régional/ CLSC**	Budget régulier
• À partir de la liste à jour (avril 2003), identification des travailleurs exposés, (± 210 travailleurs) qui n'ont pas subi un premier dépistage et procéder à l'examen.	Portrait du problème du manque de suivi.	X			**Régional/ CLSC**	

ACTIVITÉS	INDICATEURS DE RÉSULTATS	2004-2005	2005-2006	2006-2007	NIVEAU DE RESPONSABILITÉ	FINANCEMENT
• Dépistage des travailleurs nouvellement ajoutés à la liste à partir de la mise à jour annuelle de la Commission de la construction du Québec.	Nb de travailleurs nouvellement inscrits ayant subi une radiographie pulmonaire.	X	→	→	**Régional/ CLSC**	Budget régulier
• Développement et déploiement de stratégies pour rejoindre et sensibiliser les milieux ciblés sur les risques à la santé et les mesures préventives.	Plan de communication élaboré; Nb et type d'établissements dans lesquels des stratégies ont été appliquées; Nb de travailleurs rejoints.	X	→	→	**Régional/ CLSC**	
• Participation aux opérations de sensibilisation et de dépistage auprès de nouvelles clientèles, en marge des développements provinciaux dans ce Plan d'intervention pour l'amiante.	Liste des nouvelles clientèles et nb de travailleurs; Nb d'établissements et de travailleurs rejoints pour la sensibilisation; Nb de travailleurs ayant subi une radiographie pulmonaire.	X	→	→	**National** **Régional** **CLSC**	

DÉVELOPPEMENT ET MAINTIEN DES COMPÉTENCES :

- Formation Silice Quartz en milieu de travail. Participation de deux intervenants du CLSC et deux professionnels de la Direction de santé publique et de l'évaluation de l'Estrie.
- S'il y a lieu, formation (connaissance du milieu) des intervenants pour l'action dans d'éventuels nouveaux secteurs d'activité ciblés par le Plan d'intervention pour l'amiante.
- Formation Béryllium pour les intervenants du CLSC et de la Direction de santé publique et de l'évaluation de l'Estrie. À venir.

CLIENTÈLE : Adultes **4.6.3**

DOMAINE : Santé en milieu de travail

OBJECTIF : D'ici 2012, diminuer l'incidence de l'asthme professionnel lié aux isocyanates, à la farine et à ses composantes ou aux protéines de crustacés ainsi que la sévérité des manifestations de cette maladie

ÉTAT DE SITUATION :

Plus de 200 produits organiques et inorganiques sont associés à l'asthme professionnel. On évalue que 5 % à 10 % des travailleurs exposés aux isocyanates développeront cette maladie chronique. Annuellement au Québec, le Comité des maladies professionnelles pulmonaires diagnostique près de 60 nouveaux cas d'asthme professionnel. Selon les statistiques de la CSST, entre 1988-1996, sur un total de 531 cas d'asthme, 27 % étaient causés par les isocyanates, 17 % par les poussières de farine et 6 % par des protéines de crustacés. En Estrie, de 1997 à 2000, 4 nouveaux cas d'asthme professionnel ont été reconnus par la CSST. De 1991 à 1996, la CSST a accepté 85 dossiers d'asthme professionnel attribuable aux isocyanates; 41 travailleurs exerçaient le métier de peintre et débosseleur automobile. Au niveau de l'Estrie, quatre cas d'asthme professionnel ont été identifiés de 1997 à 2000; par contre, ils ne sont pas associés aux contaminants que nous ciblons.

Des concentrations plus importantes d'allergène dans le milieu de travail représentent un facteur de risque supplémentaire de développer la maladie. Habituellement, sur une période de trois ou quatre ans, lorsqu'un travailleur est exposé de façon répétitive à des doses d'isocyanates relativement faibles (à partir de 0,003 ppm), il peut développer une sensibilité aux isocyanates.

Plan d'intervention pour les isocyanates

Un Plan d'intervention pour les isocyanates a été établi pour le secteur carrosserie automobile et 1 591 établissements sont ciblés par ce programme. Ce plan d'intervention implique l'ensemble des intervenants, soit la CSST, les CLSC, les Associations sectorielles paritaires ainsi que les directions de santé publique. Les résultats attendus du programme sont :

- Prévenir et limiter l'aggravation de l'asthme professionnel due aux isocyanates.
- D'ici 2004, les interventions auront été planifiées et réalisées dans les établissements ciblés.
- D'ici 2004, l'exposition aux isocyanates sera réduite au minimum.

En Estrie, 67 établissements ont été ciblés; 62 établissements ont été rencontrés, ce qui représente un total de 154 travailleurs.

Les interventions effectuées en établissement consistaient en une évaluation environnementale qualitative et en une rencontre d'information auprès des travailleurs et des employeurs ainsi que la remise d'un questionnaire autoadministré qui permettait aux travailleurs d'identifier les symptômes d'asthme professionnel et d'avoir, au besoin, un suivi médical.

En Estrie, 62 établissements on été visités et une « Grille d'observation et des caractéristiques des ateliers de carrosserie » a été complétée pour 61 des établissements apparaissant sur la liste CSST. La principale recommandation formulée dans le cadre du Plan d'intervention pour les isocyanates est l'utilisation d'équipement de protection respiratoire de type adduction d'air lors des opérations de pulvérisation de peintures contenant des isocyanates.

L'information sur les risques à la santé a aussi été transmise à 97 % des travailleurs visés, soit 149 travailleurs; voici le bilan de cette activité :

- Nb d'autoquestionnaires complétés : 140
- Nb d'autoquestionnaires positifs : 14
- Nb de travailleurs qui ont consulté le médecin pivot : 8
- Nb de travailleurs qui ont passé un test de provocation non spécifique : 5
- Nb de travailleurs qui sont positifs au test de provocation non spécifique : 0

ACTIVITÉS	INDICATEURS DE RÉSULTATS	2004-2005	2005-2006	2006-2007	NIVEAU DE RESPONSABILITÉ	FINANCEMENT
Prévention de l'asthme professionnel lié aux isocyanates et limitation de la gravité						
• Établissement d'un portrait régional-provincial sur les isocyanates.	Informatisation et analyse des données.	X			**National/ régional**	Budget régulier
• Suivi (2e visite) des établissements ciblés en 2002. Évaluation de la mise en place des recommandations.	Bilan de la mise en place des recommandations.		X		**CLSC**	
• Information à dispenser concernant les risques à la santé et proposer l'autoquestionnaire de diagnostic précoce de l'asthme professionnel : pour les travailleurs des entreprises non rejointes en 2002.	Nb de travailleurs rencontrés; Nb de questionnaires de diagnostic précoce de l'asthme complétés.	X			**Régional/ CLSC**	
• Poursuite des interventions de suivi, pour les établissements rejoints en 2002, selon le protocole médico-administratif régional de suivi des travailleurs possiblement atteints d'asthme professionnel aux isocyanates.	Nb d'autoquestionnaires de diagnostic précoce de l'asthme complétés; Nb d'autoquestionnaires positifs; Nb de travailleurs qui ont consulté le médecin pivot; Nb de travailleurs qui ont passé un test de provocation non spécifique; Nb de travailleurs qui sont positifs au test de provocation non spécifique.	X			**Régional**	
• Diagnostic précoce de l'asthme professionnel : ➢ Publication d'articles pour informer l'ensemble des travailleurs exposés à des risques à la santé reliés à l'utilisation de produits à base d'isocyanates dans d'autres secteurs que le secteur carrosserie.	Nb d'articles publiés dans les hebdos de la région.		X		**Régional**	

DÉVELOPPEMENT ET MAINTIEN DES COMPÉTENCES :

S'assurer de la mise à jour des connaissances médico-techniques sur l'asthme professionnel aux isocyanates pour les nouveaux intervenants.

CLIENTÈLE Adultes | **4.6.4**

DOMAINE : Santé en milieu de travail

OBJECTIF : D'ici 2012, diminuer l'incidence des intoxications professionnelles causées par le monoxyde de carbone, l'hydrogène sulfuré, les pesticides et les gaz irritants et réduire la prévalence des atteintes du système nerveux causées par le plomb et les solvants organiques

ÉTAT DE SITUATION :

Le monoxyde de carbone

Les intoxications chimiques sont à déclaration obligatoire; les analyses statistiques et/ou épidémiologiques restent cependant très limitées vu la sous-déclaration des cas. La santé environnementale développera des activités pour sensibiliser les professionnels de la santé à l'importance de la déclaration des cas d'intoxication d'origine environnementale (monoxyde de carbone, pesticides). Un rapport d'analyse et de surveillance du MSSS concernant les années 1990 à 1999 indique que le nombre moyen annuel de cas d'intoxications chimiques est de 672 cas déclarés au système de surveillance des maladies à déclaration obligatoire; ce rapport évalue un ensemble de 37 contaminants chimiques. Pour le monoxyde de carbone, la CSST estime qu'approximativement plus du tiers des intoxications surviennent en milieu de travail; l'industrie des panneaux agglomérés est particulièrement concernée en Estrie. Les effets létaux associés au monoxyde de carbone justifient qu'il soit retenu en priorité.

Les intoxications au monoxyde de carbone représentent 11 % des cas déclarés au fichier maladie à déclaration obligatoire pour les années 1995 à 1999. L'intoxication au monoxyde de carbone constitue l'une des premières causes de mort toxique accidentelle.

L'intoxication résulte d'une mauvaise combustion des carburants, d'une insuffisance d'amenée d'air de combustion et/ou d'évacuation des produits de combustion. Les intoxications non reliées au travail sont principalement associées à la combustion de gazoline. L'Institut national de santé publique du Québec a d'ailleurs publié un document concernant « L'utilisation de véhicules motorisés récréatifs dans les lieux publics ». Les principaux équipements industriels qui sont des sources d'exposition en milieu de travail sont les chariots élévateurs au propane, les polissoirs, les scies à béton, les outils à moteur à combustion interne ainsi que les surfaceuses de glace dans les arénas. En milieu de travail, le propane semble aussi souvent impliqué que la gazoline (Centre antipoison du Québec).

Une intervention régionale a été effectuée de 1997 à 1999 concernant le monoxyde de carbone pour les aplanissoirs de béton; trois établissements étaient ciblés. Un rapport documentant la problématique a été déposé et de l'information ainsi qu'un questionnaire de symptômes ont été transmis aux travailleurs.

Pour prévenir le risque d'intoxication en milieu de travail, un Plan d'intervention est en cours d'élaboration concernant l'utilisation des chariots élévateurs. Le secteur industriel touché par ce programme sera principalement le secteur transport et entreposage.

L'élimination des dangers à la source en remplaçant les moteurs à combustion interne par des sources d'énergie moins polluantes a été envisagée, or, diverses contraintes telles que la puissance et la maniabilité des outils, ne favorisent pas ce remplacement. Un programme de sensibilisation pour les chantiers de construction a été instauré par la CSST et vise l'employeur, les représentants des travailleurs et les locateurs quant aux équipements qui dégagent du monoxyde de carbone.

Le plomb

Les intoxications au plomb inscrites au fichier maladie à déclaration obligatoire pour les années 1995-1999 représentent 62 % des déclarations totales.

Par contre, il existe très peu de cas d'intoxications aiguës au plomb qui soient documentés au Canada chaque année. Le risque d'intoxication chronique et le nombre de cas élevés au niveau provincial font en sorte que ce contaminant est retenu en deuxième priorité

Les poussières et fumées dégagées par le plomb sont nocives pour la santé et les voies d'exposition sont les systèmes digestif et respiratoire. Selon une étude effectuée par l'Institut de recherche en santé et sécurité du travail (1996), le niveau de plombémie de 928 travailleurs des 1 258 travailleurs surveillés dans le cadre des activités de santé au travail du réseau public, excédait 0,5 µmol /L; ce niveau de plombémie correspond au niveau de déclaration.

On retrouve aujourd'hui le plomb un peu partout dans notre environnement (eau, air, sol). L'exposition professionnelle s'ajoute à l'exposition environnementale. En Estrie, le plomb se retrouve principalement dans le type d'industries suivantes : ateliers de soudure, ateliers de réparation de radiateurs, ateliers de sablage et décapage de peintures contenant du plomb et dans les salles de tir.

Deux plans d'intervention ont permis de renforcer indirectement les mesures préventives pour le plomb. Ces programmes sont le Plan d'intervention décapage au jet d'abrasif (94 établissements ciblés) et le Plan d'intervention soudage – coupage (21 établissements ciblés). Une intervention a aussi eu lieu dans le cadre du Programme de santé spécifique à l'établissement pour deux salles de tir utilisées par les policiers municipaux et la Sûreté du Québec.

Actuellement en Estrie, ce contaminant est identifié par l'intermédiaire des Programmes de santé spécifique à l'établissement pour les secteurs prioritaires dans le cadre de l'application du Programme de maternité sans danger ou lors d'interventions ponctuelles concernant des problématiques spécifiques.

Concernant les lésions professionnelles liées aux gaz irritants, elles sont associées à divers genres d'accidents. L'inhalation constitue environ 48 % (12 cas) du total des lésions professionnelles; les autres lésions étant des contacts avec le corps. L'industrie des aliments et boissons et l'industrie du caoutchouc et plastique cumulent 10 des 25 cas. L'agent causal principal est le chlore suivi par l'acide sulfurique.

Concernant les pesticides, la santé environnementale prévoit des interventions dans le cas de situation à risque liée à l'utilisation dangereuse des pesticides, lorsque portée à l'attention de la Direction de santé publique et de l'évaluation de l'Estrie. Nous collaborerons avec la santé environnementale pour corriger la situation si l'impact touche la santé au travail.

Aussi un projet pilote est en cours pour valider les critères de définition d'intoxication pour l'hydrogène sulfuré. Ce projet sera étendu aux gaz irritants et aux pesticides organophosphorés, ce qui permettra de standardiser les déclarations d'intoxication chimique.

Autres toxiques

Pour les secteurs de travail prioritaires, les autres toxiques (hydrogène sulfuré, solvants organiques, pesticides) sont identifiés et contrôlés par l'intermédiaire des Programmes de santé spécifique à l'établissement dans le cadre de l'application du Programme de maternité sans danger ou lors d'interventions ponctuelles pour des problématiques spécifiques. À ce jour, aucun programme provincial n'a été établi pour ces trois contaminants.

Le tableau suivant présente les données pour l'Estrie concernant le monoxyde de carbone, le plomb, les gaz irritants et les pesticides selon deux sources :

	MADO 1995-1999	**CSST – 1997-2000**
Monoxyde de carbone	14 cas	13 cas
Plomb (plombémie)	4 cas	non déterminé
Gaz irritants	non déterminé	25 cas
Pesticides	non déterminé	1 cas

ACTIVITÉS	INDICATEURS DE RÉSULTATS	2004-2005	2005-2006	2006-2007	NIVEAU DE RESPONSABILITÉ	FINANCEMENT
Activités visant le plomb						
• Identification des établissements dont le secteur d'activité est la réparation des radiateurs et documenter la problématique régionale que représente l'exposition au plomb dans ces établissements.	Portait de la situation.			X	**Régional**	Budget régulier
Activités visant le monoxyde de carbone						
• Sensibilisation des entreprises de location de petits équipements à moteurs aux risques à la santé au monoxyde de carbone, en collaboration avec la CSST. Les informer des recommandations à offrir à leur clientèle lors de l'utilisation des équipements de location.	Nb d'entreprises locatives sensibilisées.	X			**CLSC**	Budget régulier
• Publication dans les hebdos de la région sur le thème « Les risques à la santé reliés aux utilisations de petits équipements à moteurs ».	Nb d'articles publiés; Nb d'hebdos régionaux où un article est paru).	X			**Régional**	

DÉVELOPPEMENT ET MAINTIEN DES COMPÉTENCES :

Formation des intervenants dans le cadre du Plan d'intervention chariot élévateur.

CLIENTÈLE : Adultes **4.6.5**

DOMAINE : Santé en milieu de travail

OBJECTIF : D'ici 2012, diminuer l'apparition de maladies infectieuses professionnelles chez les travailleurs exposés à des agents biologiques

ÉTAT DE SITUATION :

Les maladies infectieuses d'origine professionnelle sont des maladies sérieuses dont la gravité des conséquences est reconnue. La fréquence des expositions professionnelles au sang et autres liquides biologiques est toutefois très mal connue. Comme plusieurs de ces expositions n'entraînent pas d'absentéisme au travail, elles ne sont pas toujours rapportées ni, par le fait même, incluses dans les statistiques de la CSST.

Le service de consultation pour la prophylaxie postexposition de la région de Montréal-Centre a évalué, au cours d'une période de 3 ans, 1 455 personnes exposées accidentellement au sang ou à d'autres liquides biologiques. Près de 80 % de ces expositions étaient d'origine professionnelle. Au Québec, les données préliminaires de la CSST se rapportant à des expositions à des agents biologiques suggèrent que 138 et 202 accidents de travail ont été rapportés, respectivement, en 1999 et en 2000; environ 70 % de ces incidents sont des contacts potentiels avec le VIH/sida. Pour ce qui est des expositions accidentelles au Mycobacterium tuberculosis, 123 réclamations ont été acceptées par la CSST entre 1995 et 2000; une proportion importante des employés qui les ont faites travaillaient dans des établissements du secteur de la santé et des services sociaux ou dans des centres de détention. En Estrie, quatre cas de tuberculose sont rapportés de 1997 à 2000, tous chez des travailleurs des services médicaux et sociaux. Bien que les cas d'exposition aux risques biologiques soient sous-déclarés, cette forme d'exposition constitue, néanmoins, un problème important pour certains groupes de la population. Les pompiers en sont un bon exemple puisqu'au cours de 1999 et 2000, on reconnaît que 15 pompiers du Service de pompiers de l'île de Montréal ont été exposés à des agents biologiques.

Dans le cadre du Plan d'intervention portant sur les risques biologiques, les partenaires CSST-Réseau de la santé visent à réduire chez les travailleurs des services publics, les risques de transmission des infections dues aux risques biologiques présents lors de leurs interventions. Le programme structuré en deux phases vise d'abord la clientèle composée de policiers, pompiers et agents des services correctionnels; et dans un deuxième temps, les travailleurs exposés aux eaux usées ou associés à la cueillette et au tri des ordures. Malgré des contextes de travail très différents, l'ensemble des travailleurs visés risquent d'être exposés, dans l'exercice de leurs fonctions, à des agents biologiques. Il est difficile d'évaluer les risques d'exposition pour ces métiers, malgré le fait que les risques encourus sont tout de même très présents.

Le contexte dans lequel les policiers sont appelés à intervenir fait en sorte qu'ils sont souvent exposés à des personnes à risque, notamment les consommateurs de drogues injectables, les prostitués, les personnes ayant de multiples partenaires sexuels et les prisonniers. Les agents des services correctionnels sont, eux aussi, exposés à des risques similaires aux policiers, cependant, on constate que parmi la population des détenus, une forte proportion est infectée par le VIH/sida. Dans ce milieu, on constate également que l'incidence de la tuberculose chez les détenus est environ quatre fois plus grande que dans la population. En milieu carcéral, les morsures sont également une source de préoccupation pour les agents et, dans ce contexte, c'est l'hépatite B qu'ils craignent. Les travailleurs des eaux usées ou associés à la cueillette et au tri des ordures sont également à risque d'être en contact avec des micro-organismes pouvant causer des maladies infectieuses, en particulier l'hépatite A. Les interventions auprès de cette dernière catégorie de travailleurs débuteront à la phase 2 du PI soit en 2006.

La population de travailleurs visés dans le cadre du Plan d'intervention portant sur les risques biologiques se répartit à l'échelle régionale et provinciale comme ceci :

	Nb au Québec	Nb en Estrie	Agents infectieux susceptibles d'être en cause lors d'une exposition
Policiers municipaux et provinciaux :	9 000	~ 600	VIH/sida- Hépatite B et Hépatite C,
Pompiers :	24 000	~ 1 200	VIH/sida - Hépatite B et Hépatite C
Agents des services correctionnels :	2 000	~ 100	VIH/sida - Hépatite B et Hépatite C, tuberculose
Travailleurs des eaux usées ou associés à la cueillette et au tri des ordures :	6 000	non disponible	Hépatite A

Du registre des lésions professionnelles en Estrie (1997-2000), il ressort que 32 cas de maladies infectieuses et parasitaires ont été reconnus, soit une moyenne de 8 cas annuellement. Parmi ceux-ci, on enregistre 22 femmes et 10 hommes. Les proportions les plus importantes de travailleurs lésés se retrouvent au niveau des infirmières et au niveau des instituteurs du primaire. Deux cas proviennent du milieu policier. La moyenne d'âge des personnes au moment de l'accident est de 38 ans. Parmi les 32 cas déclarés, 27 cas sont des lésions attribuables à un accident et 5 cas sont reliés à une maladie professionnelle. Deux cas ont été en contact avec le VIH/sida et 4 autres cas avec la tuberculose. Par ailleurs, il est possible de conclure à une sous-déclaration des accidents associés aux piqûres d'aiguilles, puisqu'un seul cas a été déclaré pour cette période de 4 ans.

ACTIVITÉS	INDICATEURS DE RÉSULTATS	2004-2005	2005-2006	2006-2007	NIVEAU DE RESPONSABILITÉ	FINANCEMENT
Réduire chez les travailleurs des services publics, les risques de transmission des infections dues aux agents biologiques présents lors de leurs interventions						
• Information aux policiers, aux pompiers et aux agents des services correctionnels ainsi qu'aux gestionnaires sur la nature, les modes de transmission des agents biologiques dans leurs milieux de travail, les moyens de prévention et les étapes à suivre en postexposition.	Pour chacune des catégories de travailleurs ciblés, soit les policiers municipaux et provinciaux, les pompiers et les agents des services correctionnels : % d'établissements ciblés; % de gestionnaires informés; % de travailleurs informés.	X	→		**CLSC**	Budget régulier
• Rencontres d'information auprès des gestionnaires sur les modalités à mettre en place pour les travailleurs.	Pour chacune des catégories de travailleurs ciblés, soit les policiers municipaux et provinciaux, les pompiers et les agents des services correctionnels : % de gestionnaires informés du guide de gestion; % d'établissements ayant appliqué le guide de gestion.	X	→		**CLSC**	
• 70 % des policiers, des pompiers et des agents des services correctionnels à risque d'exposition au sang et aux liquides biologiques teintés de sang non actuellement vaccinés, seront vaccinés contre l'hépatite B.	Pour chacune des catégories de travailleurs ciblés, soit les policiers municipaux et provinciaux, les pompiers et les agents des services correctionnels : % de travailleurs déjà vaccinés avant le Plan d'intervention; % de travailleurs vaccinés.	X	→		**CLSC**	

ACTIVITÉS	INDICATEURS DE RÉSULTATS	2004-2005	2005-2006	2006-2007	NIVEAU DE RESPONSABILITÉ	FINANCEMENT
• 95 % des policiers, des pompiers et des agents des services correctionnels seront immunisés contre l'hépatite B.	Pour chacune des catégories de travailleurs ciblés, soit les policiers municipaux et provinciaux, les pompiers et les agents des services correctionnels : % de travailleurs immunisés.	X	→		**CLSC**	Budget régulier
• Rencontres d'information auprès des nouveaux agents des services correctionnels et auprès des gestionnaires sur les modes de transmission de la tuberculose.	% de travailleurs informés; % de gestionnaires informés.	X	→	→	**CLSC**	
• Rencontres d'information auprès des travailleurs des eaux usées (ou associés à la cueillette et au tri des ordures) et auprès des gestionnaires sur la nature, les modes de transmission des risques biologiques dans leur milieu de travail et des moyens de prévention.	% de travailleurs informés; % de gestionnaires informés.	X	→	→	**CLSC**	
• Rencontres d'information auprès des gestionnaires des services d'eaux usées (ou associés à la cueillette et au tri des ordures) des modalités à mettre en place pour les travailleurs.	% de gestionnaires informés du guide de gestion; % d'établissements ayant appliqué le guide de gestion.		X	→	**CLSC**	
• 70 % des travailleurs des eaux usées (ou associés à la cueillette et au tri des ordures) à risque d'être exposés à des micro-organismes pathogènes non déjà vaccinés seront vaccinés contre l'hépatite A.	% de travailleurs déjà vaccinés avant le plan d'intervention; % de travailleurs vaccinés.	X	→	→	**Régional/ CLSC**	

DÉVELOPPEMENT ET MAINTIEN DES COMPÉTENCES :

Formation des infirmières (9) et agent de planification et de programmation sociosanitaire (1) dans le cadre de l'intervention auprès des travailleurs des eaux usées (2005-2006).

CLIENTÈLE : Adultes **4.6.6**

DOMAINE : La santé en milieu de travail

OBJECTIF : D'ici 2012, diminuer l'incidence des cancers des voies respiratoires, des cancers de la vessie et des autres cancers par la réduction de l'exposition des travailleurs à des substances cancérigènes

ÉTAT DE SITUATION :

On estime qu'entre 1 % et 5 % des cancers sont attribuables à une exposition professionnelle. En Estrie, on dénombre 8 cas de cancer qui ont été reconnus comme maladies professionnelles de 1997 à 2000 (tous reliés à l'amiante; 3 mésothéliomes et 5 cancers du poumon).

Au Québec, de 1988 à 1997, l'origine professionnelle d'un cancer relié à l'exposition à l'amiante a été reconnue chez 400 travailleurs (191 mésothéliomes et 209 cancers du poumon) et ce nombre pourrait être nettement sous-estimé. C'est dans le secteur des mines qu'on observe encore le plus de cas. La norme est généralement respectée dans ce secteur depuis maintenant une vingtaine d'années. Une exposition significative des travailleurs à des concentrations importantes de fibres d'amiante continue cependant à survenir dans la construction et dans l'industrie de la transformation. C'est ce qui a conduit la CSST à lancer, en 1998, le Plan d'intervention pour la prévention des maladies professionnelles pulmonaires reliées à l'exposition à l'amiante. Les nouvelles utilisations de l'amiante (ex. : amiante-asphalte) représentent d'autres sources pouvant exposer les travailleurs à leur insu si leur gestion n'est pas optimale. Quant au risque d'exposition des travailleurs affectés à l'entretien et à la réfection, il est théoriquement faible si les situations à risque sont corrigées (ex. : flocages détériorés) et les travaux effectués selon les règles prévues au code de la construction. Il est cependant important que la présence d'amiante soit identifiée au préalable. C'est dans cette optique qu'une démarche préventive concernant les flocages d'amiante dans les écoles primaires et secondaires du Québec a été entreprise en 1998. Un comité aviseur a récemment recommandé que le MSSS incite les pouvoirs publics concernés d'entreprendre une démarche préventive visant la gestion sécuritaire de l'amiante dans d'autres secteurs, dont les bâtiments publics municipaux (sous la responsabilité des municipalités et du ministère des Affaires municipales).

Hormis pour les substances qui sont visées par l'un des Plans d'intervention de la CSST (amiante, béryllium, silice), nous ne connaissons que très mal la caractérisation de l'exposition des travailleurs aux autres substances cancérigènes. Le Règlement sur la santé et la sécurité du travail[11] exige pourtant qu'une telle exposition soit réduite au minimum (article 42). En Estrie, une telle exposition peut se retrouver dans les secteurs suivants (avec les substances associées) : panneaux de particules et placage de bois (formaldéhyde), caoutchouc (chlorure de vinyle et nickel, entre autres), cuir (benzène), produits en métal (chrome et nickel), première transformation des métaux (chrome et cadmium) et chimique (plusieurs substances).

ACTIVITÉS	INDICATEURS DE RÉSULTATS	2004-2005	2005-2006	2006-2007	NIVEAU DE RESPONSABILITÉ	FINANCEMENT
Activités visant l'amiante						
• Surveillance des mésothéliomes ➢ Étudier la faisabilité d'appliquer les orientations du MSSS concernant la surveillance active des mésothéliomes afin de réaliser des enquêtes épidémiologiques sur leurs facteurs de risque et guider des actions préventives. ➢ Réaliser des enquêtes épidémiologiques sur leurs facteurs de risque et guider des actions préventives.	Étude de faisabilité effectuée pour déterminer la nature des informations complémentaires à recueillir et la méthode permettant d'aller recueillir ces informations le plus efficacement possible pour chaque nouveau cas diagnostiqué; Système de surveillance prospectif mis sur pied.		X	 X	**National/ régional, CLSC**	Budget régulier
• Élargissement du Plan d'intervention de la CSST ➢ Élargissement à l'industrie de la transformation du Plan d'intervention pour la prévention des maladies professionnelles pulmonaires reliées à l'exposition à l'amiante.	Liste des nouvelles clientèles et nb de travailleurs; Nb d'établissements et de travailleurs rejoints pour la sensibilisation; Nb de travailleurs ayant subi une radiographie pulmonaire.	X	X	→ → X	**Régional/ CLSC**	

ACTIVITÉS	INDICATEURS DE RÉSULTATS	2004-2005	2005-2006	2006-2007	NIVEAU DE RESPONSABILITÉ	FINANCEMENT
• Gestion sécuritaire : nécessité d'une intervention ➢ Application des orientations du MSSS concernant la gestion sécuritaire de l'amiante dans les bâtiments publics des 88 municipalités de l'Estrie.	Nb de municipalités ayant transmis l'information sur la présence de flocages d'amiante dans leurs bâtiments; Nb de municipalités avec des bâtiments contenant des flocages d'amiante ayant procédé à une évaluation qualitative de l'état de conservation des flocages; Nb de municipalités avec des bâtiments contenant des flocages d'amiante détériorés ayant appliqué des mesures correctives.	X	→	→ → X	**Régional/CLSC** (selon le nombre d'établissements visés)	Budget régulier
• Évaluation environnementale dans les mines d'amiante ➢ Application des orientations du MSSS concernant l'évaluation des programmes de surveillance environnementale actuellement en vigueur dans les mines d'amiante.	Nb d'analyses plus poussées visant des tâches précises (réparation de tamis, déblocage des lignes de fibre ou encore forage souterrain).			X	**National/ régional**	

ACTIVITÉS	INDICATEURS DE RÉSULTATS	2004-2005	2005-2006	2006-2007	NIVEAU DE RESPONSABILITÉ	FINANCEMENT
Activités visant d'autres substances cancérigènes						
• Caractérisation de l'exposition ➢ Parmi les établissements de la région, recenser ceux où l'on utilise des substances ayant un effet démontré ou soupçonné cancérigène chez l'humain.	Nb d'établissements identifiés;	X	→	→	**Régional/ CLSC**	Budget régulier
➢ Dans les entreprises des groupes prioritaires où l'on utilise des substances cancérigènes et qui n'ont pas encore de Programme de santé spécifique à l'établissement, évaluer l'exposition des travailleurs aux substances cancérigènes en priorisant celles qui sont associées aux cancers des voies respiratoires et des cancers de la vessie.	Nb d'établissements avec surveillance médico-environnementale; Nb d'établissements où l'article 42 du RSST est respecté.		X	X		

DÉVELOPPEMENT ET MAINTIEN DES COMPÉTENCES :

- Formation des intervenants des équipes locales en santé au travail sur les méthodes d'évaluation qualitative des flocages d'amiante, s'il y a lieu.
- Mise à jour quant à la méthode d'évaluation, si nécessaire.

CLIENTÈLE : Adultes **4.6.7**

DOMAINE : Santé en milieu de travail

OBJECTIF : D'ici 2012, diminuer l'incidence de la surdité professionnelle et les conséquences de cette maladie par la réduction de l'exposition des travailleurs au bruit en milieu de travail

ÉTAT DE SITUATION :

Dans le domaine de la santé au travail, le bruit est considéré comme une source de danger et de nuisance importante. À l'échelle des sociétés industrialisées, il est considéré comme l'agresseur le plus répandu. En 1987, le Comité provincial en santé au travail estimait qu'au Québec, plus de 400 000 travailleurs étaient exposés, en raison de leur travail, à des conditions susceptibles d'entraîner des déficits auditifs importants et, en ce début du 21e siècle, on parle maintenant de 500 000 travailleurs exposés à des niveaux nocifs de bruit. En plus des effets de la surdité sur la condition auditive et de ses conséquences sur le réseau familial et social du travailleur, le bruit est aussi reconnu comme facteur contributif aux accidents en milieu de travail. Une étude récente a démontré qu'il existe une association entre les dommages auditifs et la survenue d'accident de travail en milieu bruyant : chez les travailleurs âgés entre 25 et 64 ans, l'augmentation du risque est mesurable dès que la perte auditive dépasse 16 dB.

L'analyse des données sur les examens auditifs réalisés en Estrie entre 1999 et 2002, par le Centre d'expertise en dépistage, démontre que 12,5 % soit 394 des 3 140 travailleurs ayant subi un examen en milieu de travail présentent une atteinte auditive probablement causée par le bruit. Si l'on considère les atteintes auditives de toute nature, seul un travailleur sur deux a conservé une audition dite normale. Par ailleurs, en Estrie, pour la période de 1997 à 2000, 226 cas de surdité professionnelle ont été reconnus et indemnisés par la CSST, soit près de 17 % de toutes les maladies professionnelles indemnisées pour la même période.

Enfin, dans la Loi sur la santé et la sécurité du travail, les mesures, pour identifier les risques à la santé des travailleurs et pour évaluer la qualité du milieu de travail, font partie intégrante du programme de santé spécifique à l'établissement, (article 113) mais c'est au niveau de l'article 123 qu'on retrouve l'obligation pour le médecin responsable de signaler aux instances concernées, dont la CSST, toute déficience majeure nécessitant des mesures de prévention comme par exemple, dans ce cas-ci, des niveaux de bruit considérés excessifs. On n'a pas de données sur l'application de cet article.

ACTIVITÉS	INDICATEURS DE RÉSULTATS	2004-2005	2005-2006	2006-2007	NIVEAU DE RESPONSABILITÉ	FINANCEMENT
Conscientiser les milieux de travail au danger du bruit						
• Mise à jour des connaissances des nouveaux intervenants en santé au travail au sujet du bruit et de la surdité professionnelle ainsi que ses conséquences.	Nb de nouveaux intervenants formés.	X	→	→	**Régional/ CLSC**	Budget régulier
• Activités de formation/information à réaliser auprès des milieux de travail à risque.	Nb d'entreprises à risque rejointes; Nb de travailleurs ayant participé aux activités d'information.	X	→	→	**CLSC**	
• Activités de formation/information à réaliser auprès des étudiants en formation professionnelle dans des domaines à risque.	Nb d'étudiants et de professeurs rejoints.		X	→	**Régional/ CLSC**	
Favoriser l'application des lois actuelles visant la réduction de l'exposition des travailleurs au bruit						
• Détermination d'un seuil et de mécanismes pour l'application de l'article 123 de la LSST.	Nb travailleurs identifiés à risque; Nb d'entreprises et de travailleurs pour lesquels l'article 123 a été appliqué.	X	→	→	**Régional/ CLSC**	Budget régulier
Favoriser et soutenir l'application de mesures administratives efficaces concernant le bruit en milieu de travail						
• Inventaire et diffusion des mesures administratives efficaces (ex. : entretien préventif) et de leurs conditions d'application.	Nb d'entreprises rejointes; Nb de mesures mises en place.	X	→	→	**CLSC**	Budget régulier

ACTIVITÉS	INDICATEURS DE RÉSULTATS	2004-2005	2005-2006	2006-2007	NIVEAU DE RESPONSABILITÉ	FINANCEMENT
Favoriser et soutenir des projets de réduction du bruit à la source ou le long de ses voies de propagation						
• Formation et/ou mise à jour de la formation des intervenants pour soutenir des projets de réduction du bruit en entreprise.	Nb d'intervenants formés.	X	→	→	**Régional**	Budget régulier
• Identification des équipements produisant des bruits excessifs.	Nb d'entreprises ciblées; Nb d'équipements pour lesquels une démarche d'adaptation aux normes a été mise en place.	X	→	→	**CLSC**	
• Identification des différents experts au niveau du bruit pour appuyer des projets de réduction du bruit.	Nb d'entreprises bénéficiant des compétences des experts.	X	→	→	**CLSC**	
Favoriser l'utilisation la plus adéquate possible des moyens de protection individuelle les mieux adaptés						
• Mise à jour des connaissances des intervenants en santé au travail au sujet des moyens de protection individuelle.	Nb d'intervenants formés.	X			**Régional**	Budget régulier

DÉVELOPPEMENT ET MAINTIEN DES COMPÉTENCES :

Inclus dans les activités.

CLIENTÈLE : Adulte **4.6.8**

DOMAINE : La santé en milieu de travail

OBJECTIF : D'ici 2012, diminuer la fréquence des problèmes pouvant entraîner une issue défavorable de la grossesse attribuable au milieu de travail (prématurité, avortements, mortinaissances) et des retards de croissance ou des problèmes de santé physique chez l'enfant

ÉTAT DE SITUATION :

La Loi sur la santé et la sécurité du travail du Québec prévoit à l'article 40, « qu'une travailleuse enceinte qui fournit à l'employeur un certificat attestant que les conditions de son travail comportent des dangers physiques pour l'enfant à naître ou, à cause de son état de grossesse, pour elle-même, peut demander d'être affectée à des tâches ne comportant pas de tels dangers et qu'elle est raisonnablement en mesure d'accomplir ».

Au Québec, les principales causes de mortalité périnatale sont les anomalies congénitales avec un taux annuel moyen de 1,4 décès par 1 000 naissances vivantes pour la période 1995-1997; ce qui représente en moyenne 119 décès par année. La courte gestation, le faible poids et l'hypoxie intra-utérine à la naissance arrivent loin derrière avec des taux annuels moyens de 0,6 et 0,5 décès par 1 000 naissances vivantes et mortinaissances, soit respectivement en moyenne 47 et 46 décès par année. En Estrie, on a enregistré en moyenne trois décès par année pour anomalies congénitales au cours de la dernière période.

L'objectif est de diminuer la prématurité, les avortements et les mortinaissances. En 1981, le mandat de déterminer les facteurs de risque et donner des recommandations aux médecins traitants a été confié au Réseau public de santé au travail. Depuis 10 ans en particulier, une forte volonté d'harmonisation a conduit à l'élaboration de guides de pratique professionnelle sur la base de la littérature existante concernant les multiples facteurs de risque en lien avec les issues défavorables de grossesse. Pour un secteur d'activité donné, les facteurs de risque invoqués dans ces guides sont, le plus souvent, de même nature que ceux auxquels est exposée la population des autres travailleurs. Mais dans le cas de la travailleuse enceinte, pour chaque facteur de risque reconnu comme ayant des effets sur la grossesse, les niveaux d'exposition retenus sont beaucoup inférieurs à ceux retenus pour les autres effets à la santé qu'engendrent ces mêmes facteurs de risque dans le reste de la population des travailleurs. Par conséquent, il devient, la plupart du temps, nécessaire de concevoir un aménagement particulier des conditions de travail de la travailleuse enceinte afin qu'elle puisse demeurer au travail dans des conditions qui ne comportent pas de dangers pour elle ou l'enfant à naître et pour l'enfant allaité. C'est ce qu'on appelle la réaffectation.

Depuis environ 5 ans, l'expression « Programme pour une maternité sans danger » s'est substitué à l'expression « retrait préventif ». Ceci dénote une volonté de faire valoir l'objectif principal de la loi, soit la réaffectation, laquelle vise à permettre à la travailleuse de demeurer au travail dans des conditions qui ne comportent pas de dangers pour elle ou l'enfant à naître et pour l'enfant allaité. À ce jour, cet objectif est peu atteint. Au niveau provincial, en 2001, environ 66 % des réclamations reçues et acceptées par la CSST ont abouti à un retrait du travail. Au niveau régional, en Estrie, 93 % des demandes des travailleuses sont acceptées par la CSST en 2000. Compte tenu des réaffectations à d'autres postes de travail, ce sont 4 travailleuses sur 5 qui reçoivent une indemnité pour remplacement du revenu suite à leur demande.

En Estrie, pour la période 2001-2002, parmi les 2 874 acceptations de demandes de travailleuses, 5 facteurs prédominent : trois facteurs ergonomiques, soit 1) l'organisation du travail (16,7 %), 2) la position debout prolongée (17,2 %) et 3) le soulèvement ou transport de charges (9,7 %), et deux autres facteurs, soit 4) les vapeurs et gaz (6,8 %) et 5) certains virus (9,6 %). Les facteurs ergonomiques se retrouvent particulièrement concentrés dans 4 secteurs d'activité : Caoutchouc & plastiques, Commerce, Autres services commerciaux et personnels, Services médicaux et sociaux. Quarante pour cent des réclamations acceptées, dans tous les secteurs d'activité, concernent la position debout prolongée et l'organisation du travail. Les facteurs chimiques et biologiques se retrouvent dans les secteurs de l'Enseignement-services annexes et Services médicaux et sociaux, mais concernent beaucoup moins de dossiers.

Au niveau provincial, les mêmes tendances se dessinent, y compris la prédominance des facteurs ergonomiques dans les secteurs : Commerce, Autres services commerciaux et personnels et Services médicaux et sociaux.

Bien que cette loi soit en vigueur depuis une vingtaine d'années, un programme d'évaluation de l'impact de ces mesures législatives sur les issues défavorables de grossesse n'a pas été mis en place et les données ne sont pas disponibles. Par conséquent, dans un premier temps, il ne sera pas possible d'utiliser ces issues défavorables comme indicateurs de résultats des activités proposées dans ce programme. Nous utiliserons plutôt des variables relatives à la réaffectation qui influencent de près ou de loin la fréquence et la nature de ces issues défavorables.

En terme de gravité des issues défavorables de grossesse, les 5 facteurs de risque cités ci-dessus n'agissent pas tous sur l'ensemble des issues défavorables et ne représentent donc pas le même potentiel de gravité. Ils peuvent être présents un ou plusieurs à la fois au sein d'un même poste de travail. Par ailleurs, les facteurs facilitant la réaffectation sont également nombreux et les différentes parties (employeurs, travailleuses et leurs représentants) y voient des avantages et des inconvénients. Dans la situation actuelle, nos connaissances ne nous permettent pas de préciser les entreprises régionales, ni les postes de travail où pourraient se réaliser des réaffectations.

ACTIVITÉS	INDICATEURS DE RÉSULTATS	2004-2005	2005-2006	2006-2007	NIVEAU DE RESPONSABILITÉ	FINANCEMENT
Élaboration des plans d'action						
• Documentation de la problématique de la maternité et l'allaitement en milieu de travail.	Bilan des réclamations dans le cadre du PMSD.		X		**Régional**	Budget régulier
• Définition des facteurs de réussite pour élaborer et maintenir une politique de réaffectation d'entreprise.	Cadre de référence pour élaborer et maintenir une politique de réaffectation d'entreprise.		X		**Régional**	
• Élaboration, avec les partenaires, de politique et procédure générale de réaffectation d'entreprise.	Document écrit de la politique et procédure de réaffectation.		X		**Régional/ CLSC**	
• Ciblage, avec les partenaires, des entreprises où la réaffectation pourrait être mise en place en fonction des résultats des analyses précédentes (en 1, 2 et 3).	Liste des entreprises ciblées.		X		**Régional/ CLSC**	
• Élaboration des outils nécessaires à l'analyse des postes de travail en regard de la réaffectation et de son suivi.	Nb et types d'outils élaborés.		X		**Régional**	
Projet pilote						
• Réalisation d'un projet pilote de réaffectation dans des entreprises ciblées.	Nb d'entreprises rejointes.		X		**Régional/ CLSC**	Budget régulier
• Évaluation des résultats du projet pilote.	Rapport d'évaluation du projet; Liste des recommandations.			X	**Régional**	
• Extension des politiques de réaffectation à d'autres entreprises.	Nb d'entreprises rejointes ainsi que les secteurs et sous-secteurs d'activité, professions, postes de travail, facteurs de risque ciblés.			X	**CLSC**	

ACTIVITÉS	INDICATEURS DE RÉSULTATS	2004-2005	2005-2006	2006-2007	NIVEAU DE RESPONSABILITÉ	FINANCEMENT
Suivi						
• Suivi général des résultats des politiques de réaffectation.	Nb d'entreprises avec résultats positifs et facteurs favorisants; Nb d'entreprises avec résultats négatifs et facteurs défavorisants.			X	**Régional**	Budget régulier

DÉVELOPPEMENT ET MAINTIEN DES COMPÉTENCES :

- Dans un premier temps, pour les intervenants du CLSC et les autres partenaires, prévoir une formation concernant les résultats des analyses statistiques, la politique et procédure générale de réaffectation, les facteurs de réussite, les outils spécifiques d'intervention.
- Prévoir des modalités de suivi des programmes de réaffectation qui seront élaborés à la suite du projet pilote.

Références

1 STATISTIQUE CANADA. *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2000-2001*, Statistique Canada, 2001.

2 INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC. *Enquête sociale et de santé 1998*, Québec, octobre 2000.

3 BROWNSON, R.C., P.L. REMINGTON, J.R. DAVIS. Chronic disease epidemiology and control, chap.1. *American Public Health Association*, 2e édition, 1998, p. 2-5.

4 RÉGIE RÉGIONALE DE L'ESTRIE, DIRECTION DE SANTÉ PUBLIQUE ET DE L'ÉVALUATION. Données issues du Système intégré d'information de santé publique en Estrie (SIISP) (produit électronique).

5 CARBONNEAU, M., A.-M. CHARLEBOIS. *Les maladies cardiovasculaires en Estrie*, Portrait de la situation, Régie régionale de l'Estrie, Direction de santé publique et de l'évaluation, Octobre 2003, 105 p.

6 SCHAEFER, C., L. MONGEAU. *L'obésité et la préoccupation excessive à l'égard du poids. Éléments d'une problématique et réflexions pour l'action.* Le collectif action alternative en obésité en collaboration avec le MSSS, la RRSSS de la Montérégie et l'ASPQ, Novembre 2000, 87 p.

7 KATZMARZYK, P.T. The Canadian Obesity Epidemic 1985-1998, Commentary. *C.M.A.J.*, April 2002, vol. 166, n0 8, p. 1039-1040.

8 DIRECTION DE LA SANTÉ PUBLIQUE ET DE L'ÉVALUATION. *Rapport sur la couverture vaccinale et les actes vaccinaux en Estrie*, année 2001, Régie régionale de l'Estrie, juillet 2002, 16 p.

9 DIRECTION DE LA SANTÉ PUBLIQUE ET DE L'ÉVALUATION. *Rapport sur les maladies infectieuses à déclaration obligatoire, Région de l'Estrie, année 2001 et tendances de 1991 à 2001*, RRSSS de l'Estrie, septembre 2002, 99 p.

10 INSTITUT NATIONAL DU CANCER DU CANADA. *Statistiques canadiennes sur le cancer, 2000*, Toronto, Institut national du cancer du Canada, 2000.

11 GOUVERNEMENT DU QUÉBEC. *Règlement sur la santé et la sécurité du travail.* Extrait de la Gazette officielle du Québec, Décaret 885-2001.

Annexes

Annexe A

LE PROGRAMME ALCOCHOIX

Développé en Alberta, ALCOCHOIX est un programme qui a été implanté au Québec en 1995, principalement dans les CLSC de la région de Québec.

Ce programme se définit comme un programme de prévention s'adressant à des adultes à risque de développer une dépendance physique et psychologique à l'alcool, c'est-à-dire les hommes et les femmes buvant entre 15 et 35 consommations par semaine.

ALCOCHOIX propose à la clientèle 3 formules, au choix :

- La formule « autonome » : la personne évolue seule en utilisant le guide ALCOCHOIX ;
- La formule « dirigée » : même démarche que la précédente avec, en plus, 2 rencontres individuelles avec un intervenant ;
- La formule « de groupe » : six rencontres de groupe avec un intervenant.

Ce programme présente plusieurs avantages :

1. C'est un programme validé et structuré dont les résultats sont probants ;
2. Ses 3 formules souples : « autonome », « dirigée » ou « de groupe » en augmentent l'accessibilité ;
3. C'est un service qui s'intègre très bien à des services de 1re ligne en CLSC ;
4. Le programme est de courte durée ;
5. Il s'adresse à une clientèle mal desservie (buveurs à risque) alors qu'on sait que les pronostics de succès sont élevés dans l'intervention auprès de ces personnes, en plus de contribuer à réduire les accidents de la route, l'absentéisme au travail, les disputes familiales, etc.

Le titre d'emploi requis pour dispenser le programme est infirmière bachelière.

Une étude réalisée pour évaluer l'implantation de ALCOCHOIX dans les CLSC de la région de Québec a fait ressortir les éléments suivants :

- Sur les 124 personnes ayant suivi ALCOCHOIX
  - 62 ont choisi la formule dirigée,
  - 42 ont préféré la formule autonome,
  - 20 ont choisi le groupe ;
- Les participants sont plus des hommes : 76 hommes vs 41 femmes ;
- Les hommes ont entre 40 et 49 ans et les femmes entre 30 et 39 ans ;
- La majorité des femmes consommaient 20 – 29 consommations / semaine, alors que la consommation des hommes se situait autour de 30 – 35 consommations / semaine ;
- L'ALCOCHOIX s'est révélé une porte d'entrée aux services des CLSC pour ceux et celles qui présentaient d'autres problèmes ;
- Le soutien des gestionnaires a été déterminant pour l'implantation d'ALCOCHOIX ;
- L'affluence au programme est étroitement liée aux efforts de promotion et médiatisation de celui-ci ;
- L'intervention a besoin d'être adaptée aux « binge drinkers » (intoxication).

La licence d'utilisation d'ALCOCHOIX stipule qu'il est interdit de modifier le programme, et des démarches faites par le MSSS n'ont pas permis de lever cet interdit. Or, besoin d'adaptation au développement des connaissances dans le domaine et à l'évolution des comportements de consommation d'alcool.

Le MSSS a octroyé une subvention au RISQ pour développer un programme québécois de BOIRE MODÉRÉ. La première version sera terminée à la fin de l'été 2003 ; la version finale au printemps 2004 ; l'implantation à l'automne 2004.

Annexe B

ÉLÉMENTS DE PROGRAMMATION EN ACTIVITÉ PHYSIQUE

Corporation Québec en forme
Programme conjoint du gouvernement du Québec et une Fondation privée pour le développement d'activités physiques auprès des élèves du primaire de milieu défavorisé. En 2003, environ 5 000 enfants d'une trentaine d'écoles de Sherbrooke, des MRC d'Asbestos et du Granit sont rejoints. Au cours des prochaines années, le déploiement de ce programme dans d'autres écoles devrait se poursuivre.

Plaisir sur glace
Campagne de promotion du patinage en famille sur les patinoires extérieures. En 2003, les municipalités de l'Estrie ont organisé une soixantaine d'activités rejoignant près de 10 000 personnes.

Mois de l'éducation physique et du sport étudiant
Campagne de promotion de l'activité physique dans les écoles primaires et secondaires sous la responsabilité de la Fédération québécoise du sport étudiant. Le réseau des éducateurs physiques est impliqué dans l'organisation d'activités promotionnelles.

Dossier cour d'école
Approche de promotion d'activités physiques dans le cadre des récréations et sur l'heure du dîner dans les écoles primaires. Un soutien et des outils de formation et d'animation sont offerts aux écoles.

Concours École active
Programme de soutien financier offert aux écoles pour soutenir des projets d'aménagement qui favorisent la pratique d'activités physiques à l'école. En 2003, trois écoles secondaires et sept écoles primaires se sont partagées un peu plus de 4 000 $.

Journée Internationale Marchons vers l'école
Campagne de sensibilisation adressée aux jeunes des écoles primaires et leurs parents pour favoriser l'aller-retour sécuritaire et actif à l'école. Les préoccupations sont de l'ordre de l'activité physique, la santé, la sécurité et l'environnement.

Annexe C

LE PROGRAMME DE PRÉVENTION DES MALADIES CHRONIQUES

L'implantation de ce programme de prévention a débuté en janvier 2003, suite à son adoption par le conseil d'administration de la Régie régionale de l'Estrie.

Ce programme de prévention a pour objectif d'assurer le suivi des personnes à risque élevé de maladies chroniques (notamment de maladies cardiovasculaires) nécessitant un suivi pour l'adoption et le maintien de saines habitudes de vie (non-usage du tabac, pratique régulière d'activités physiques et saine alimentation).

Le mandat d'assurer le déploiement de ces services a été confié aux établissements locaux à mission CLSC afin qu'ils soient intégrés à l'organisation des services de santé courants.

Ce programme vise à former l'ensemble du personnel des services de santé courants sur le counselling bref au niveau du tabagisme, de l'activité physique et de la saine alimentation afin que ce type de counselling soit intégré dans les pratiques cliniques. De plus, est offert, à certaines clientèles à risque élevé de maladies chroniques, un suivi individuel sur ces facteurs de risque.

Actuellement, tous les CLSC offre des services de cessation tabagique dans le cadre de ce programme.

Annexe D

Le *Programme québécois* DE DÉPISTAGE DU CANCER DU SEIN

Le *Programme québécois* DE DÉPISTAGE DU CANCER DU SEIN est un programme de **dépistage systématique** visant les femmes de 50 à 69 ans. Le dépistage se fait à l'aide d'une mammographie passée aux deux ans. Toutes les Estriennes éligibles sont invitées à passer cette mammographie au moyen d'une lettre d'invitation personnalisée acheminée par courrier. Elles peuvent également se prévaloir du service par une ordonnance médicale de leur médecin traitant. Sans pouvoir adhérer au programme, les femmes de 70 ans et plus ainsi que les femmes de 40 à 49 ans chez qui le médecin reconnaît la pertinence d'un tel examen, peuvent passer une mammographie de dépistage aux deux ans **uniquement au moyen d'une prescription médicale de leur médecin traitant**.

Le programme de dépistage comprend l'ensemble des services liés au dépistage, allant de l'invitation par courrier faite aux femmes à passer une mammographie de dépistage, jusqu'à l'établissement du diagnostic final, s'il y a lieu. Les services à la clientèle comprennent :

- l'information sur le programme ;
- l'invitation au dépistage par courrier ;
- le dépistage par mammographie ;
- le suivi des résultats ;
- l'investigation, s'il y a lieu ;
- le diagnostic, le traitement et le suivi, s'il y a lieu.

PROGRAMME D'IMMUNISATION DU QUÉBEC

Ensemble des programmes de vaccination soutenus financièrement par le MSSS. Il comprend l'immunisation de base, soit l'ensemble des immunisations considérées comme essentielles dans un programme de santé publique et offertes systématiquement à l'ensemble de la population, à des moments précis de la vie. Le programme inclut également l'immunisation gratuite de groupes particulièrement vulnérables à certaines maladies évitables par la vaccination, soit en raison de conditions médicales particulières, soit en raison de comportements à risque. Périodiquement, le MSSS détermine les clientèles qui sont admissibles à ces programmes de vaccination restreints ou spécifiques.

Annexe F

PROGRAMME « *LES UDI ONT LA PIQÛRE* »

Programme de distribution de matériel d'injection stérile et d'échange de seringues implanté en Estrie depuis mars 1994. Ce programme repose sur un réseau composé de multiples sites d'accès gratuit aux seringues (6 centres hospitaliers (salle d'urgence), 18 points de service de CLSC, 2 organismes communautaires, et 1 pharmacie) ainsi qu'un bon nombre de pharmacies vendeuses pour un total de 55 sites au 31 mars 2002. Plusieurs de ces sites offrent aussi de l'écoute, du soutien psychosocial ainsi que de l'information. Au besoin, la clientèle est référée vers les ressources en toxicomanie, en dépistage MTS/VIH ou autre. De plus, certains sites offrent des services sur place (soins infirmiers, counselling et dépistage MTS/VIH, vaccination contre les hépatites A et B).

SANTÉ AU TRAVAIL

GROUPES PRIORITAIRES DES SECTEURS D'ACTIVITÉS 1 À 3

Groupe 1	*Secteurs*
	Bâtiment et travaux publics
	Industrie chimique
	Forêt et scieries
	Mines, carrières et puits de pétrole
	Fabrication de produits en métal

Groupe 2	*Secteurs*
	Industrie du bois (sans scierie)
	Industrie du caoutchouc et des produits en matière plastique
	Fabrication d'équipement de transport
	Première transformation des métaux
	Fabrication de produits minéraux non métalliques

Groupe 3	*Secteurs*
	Administration publique
	Industrie des aliments et boissons
	Industrie du meuble et des articles d'ameublement
	Industrie du papier et activités diverses
	Transport et entreposage

Liste des collaborateurs et des collaboratrices

COMITÉ AVISEUR DU PLAN D'ACTION RÉGIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DE L'ESTRIE

Ginette Dorval, M.D., directrice, Direction de santé publique et de l'évaluation de l'Estrie
Aline Émond, chef de service, Service soutien méthodologique et évaluation, Direction de santé publique et de l'évaluation de l'Estrie
Nathalie Léonard, agente de planification et programmation, Service des programmes, Direction des programmes des ressources financières et matérielles
Lynda Périgny, chef de service, Service prévention/promotion de la santé, Direction de santé publique et de l'évaluation de l'Estrie
Reno Proulx, M.D., chef de service, Service protection de la santé publique, Direction de santé publique et de l'évaluation de l'Estrie
Pierre Richard, directeur des programmes, Carrefour santé du Granit (CH-CHSLD-CLSC), représentant des CLSC de l'Estrie
Danielle Lareau, directrice des services à la population, Carrefour de la santé et des services sociaux du Val-Saint-François, représentante des CLSC de l'Estrie
Mario Morand, directeur général, Centre de santé de la MRC d'Asbestos, représentant des CLSC de l'Estrie
Denis Lalumière, directeur général, CLSC de Sherbrooke, représentant des CLSC de l'Estrie
Violaine Franchomme-Fossé, M.D., représentante du Département régional de médecine générale de l'Estrie
Louise Meunier, directrice générale, Le Club Étincelles de bonheur de la MRC du Haut-St-François, représentante du Regroupement des organismes communautaires (ROC) de l'Estrie
Anne-Marie Poirier, coordonnatrice, Naissance-Renaissance Estrie, représentante du Regroupement des Organismes Famille de l'Estrie (ROFE)

COLLABORATION À LA RÉGIE RÉGIONALE DE L'ESTRIE

Direction de santé publique et de l'évaluation
Ginette Dorval, M.D., directrice
Louise Garant, secrétaire de direction

Service soutien méthodologique et évaluation
Aline Émond, chef de service
Danielle Bédard, agente de planification et de programmation
Annie Bélisle, technicienne en recherche
Michel Carbonneau, agent de recherche sociosanitaire

Denise Donovan, médecin-conseil
Louis Hébert, agent de recherche sociosanitaire
Gilles-Yvon Levesque, agent de recherche sociosanitaire
Brigitte Martin, technicienne en recherche
Marie-Pascale Sassine, agente de recherche sociosanitaire
Isabelle Bruneau, secrétaire
France Paquet, secrétaire

Service protection de la santé publique
Reno Proulx, M.D., chef de service
Chantal Beaudet, médecin-conseil
Francine Beaulieu, infirmière
Sonia Boivin, agente de planification en santé environnementale
Diane Dion, infirmière
Monique Drapeau, médecin-conseil
Louise Frenette, médecin-conseil
Fabien Gagnon, médecin-conseil
Louise Galarneau, médecin-conseil
Suzanne Ménard, médecin-conseil
Danielle Proulx, infirmière
Marjolaine Pruneau, commis senior
Sylvie Bolduc, secrétaire
Nicole Fontaine, secrétaire
Brigitte Marquis, secrétaire

Service santé au travail
Francine Boulanger, chef de service
Carole Albert, agente de planification et de programmation sociosanitaire
Francine Cliche, agente de planification et de programmation sociosanitaire
Michel Hains, hygiéniste du travail
Gilles-Yvon Lévesque, agent de recherche sociosanitaire
Fabien Gagnon, médecin-conseil
Lise Gosselin, médecin-conseil
Denise Fortin, secrétaire

Service prévention/promotion de la santé
Lynda Périgny, chef de service
Daniel Auger, agent de planification et de programmation sociosanitaire
Hélène Bélanger-Bonneau, médecin-conseil
Valois Boudreault, agent de planification et de programmation sociosanitaire
Sandra Brassard, agente de planification et de programmation sociosanitaire
Renée Cyr, agente de planification et de programmation sociosanitaire
André Lavallière, dentiste-conseil
Liliane Pagé, agente de planification et de programmation sociosanitaire
Marie-Thérèse Payre, agente de planification et de programmation sociosanitaire
Robert Pronovost, médecin-conseil
Alain Rochon, médecin-conseil
Mireille Ara, secrétaire
Ginette Breton, secrétaire

GROUPES DE RELECTURE

Développement, adaptation et intégration sociale
Aline Émond, chef de service, Service soutien méthodologique et évaluation
Carole Albert, agente de planification et de programmation sociosanitaire, Service santé au travail
Danielle Bédard, agente de planification et de programmation, Service soutien méthodologique et évaluation
Robert Pronovost, médecin-conseil, Service prévention/promotion de la santé

Habitudes de vie et maladies chroniques
Aline Émond, chef de service, Service soutien méthodologique et évaluation
Michel Carbonneau, agent de recherche sociosanitaire, Service soutien méthodologique et évaluation
Louise Galarneau, médecin-conseil, Service protection de la santé publique
Marie-Thérèse Payre, agente de planification et de programmation sociosanitaire, Service prévention/promotion de la santé

Traumatismes non intentionnels
Aline Émond, chef de service, Service soutien méthodologique et évaluation
Daniel Auger, agent de planification et programmation sociosanitaire, Service prévention/promotion de la santé
Louis Hébert, agent de recherche sociosanitaire, Service soutien méthodologique et évaluation

Maladies infectieuses
Aline Émond, chef de service, Service soutien méthodologique et évaluation
Sonia Boivin, agente de planification en santé environnementale, Service protection de la santé publique
Sandra Brassard, agente de planification et de programmation sociosanitaire, Service prévention/promotion de la santé
Denise Donovan, médecin-conseil, Service soutien méthodologique et évaluation

Santé environnementale
Aline Émond, chef de service, Service soutien méthodologique et évaluation
Sonia Boivin, agente de planification en santé environnementale, Service protection de la santé publique
Sandra Brassard, agente de planification et de programmation sociosanitaire, Service prévention/promotion de la santé
Denise Donovan, médecin-conseil, Service soutien méthodologique et évaluation

Santé au travail
Aline Émond, chef de service, Service soutien méthodologique et évaluation
Valois Boudreault, agent de planification et de programmation sociosanitaire, Service prévention/promotion de la santé
Fabien Gagnon, médecin-conseil, Service santé au travail et Service protection de la santé publique
Marie-Pascale Sassine, agente de recherche sociosanitaire, Service soutien méthodologique et évaluation

Développement des communautés
Aline Émond, chef de service, Service soutien méthodologique et évaluation
Denise Donovan, médecin-conseil, Service soutien méthodologique et évaluation
Liliane Pagé, agente de planification et de programmation sociosanitaire, Service prévention/promotion de la santé